

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS.)

PAR
CORALIE ST-PIERRE

L'ASSOCIATION ENTRE LES PRATIQUES PARENTALES ET
L'ANXIÉTÉ DE L'ENFANT D'ÂGE PRÉSCOLAIRE :
UNE RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS

MAI 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE (D. PS.)

L'ASSOCIATION ENTRE LES PRATIQUES PARENTALES ET
L'ANXIÉTÉ DE L'ENFANT D'ÂGE PRÉSCOLAIRE :
UNE RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS

PAR
CORALIE ST-PIERRE

Ce mémoire doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Josée Letarte, directrice du mémoire doctoral

Université de Sherbrooke

Miguel Terradas Carrandi, évaluateur interne

Université de Sherbrooke

Anne-Marie Tougas, évaluatrice externe

Université de Sherbrooke

Sommaire

L'anxiété constitue un phénomène d'une grande ampleur dans la population. Il s'agit d'un des motifs de consultation les plus souvent rencontrés par les psychologues qui pratiquent auprès des enfants. Elle a des impacts importants sur le développement de l'enfant et est observée dès l'âge préscolaire. À cette même période, les parents sont les agents de socialisation les plus importants. En effet, l'enfant n'a pas intégré le milieu scolaire qui permettra à l'environnement scolaire et aux pairs de partager ce rôle (Rimm-Kaufman & Pianta, 2000). Comme les parents interagissent entre autres auprès de l'enfant par leurs pratiques parentales, des études se sont penchées sur la relation entre celles-ci et l'anxiété de l'enfant.

Dans le cadre du mémoire doctoral, une recension systématique des écrits dont l'objectif est d'examiner l'association entre les pratiques parentales (pratiques éducatives parentales et la relation parent-enfant) a été réalisée en incluant 14 articles primaires. La méthodologie présentée par le Center for Reviews and Dissemination de l'Université de York (2008) a été utilisée. Les résultats des études recensées démontrent une relation entre la supervision parentale et les symptômes anxieux de l'enfant. Il en ressort également que peu d'intérêt a été porté au lien entre la discipline et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire. En ce qui concerne la relation parent-enfant, celle-ci prédit la présence de symptômes anxieux, mais pas celle d'un trouble anxieux. Aussi, les pratiques parentales contribuent de façon assez faible à l'explication de l'anxiété. Enfin, des recommandations visant à

soutenir les cliniciens et intervenants qui accompagnent les parents et les enfants dans le défi que représente l'anxiété seront présentées.

Mots clés : ANXIÉTÉ, PRATIQUES PARENTALES, PRATIQUES ÉDUCATIVES PARENTALES, RELATION PARENT-ENFANT, ENFANT, ÂGE PRÉSCOLAIRE.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	xi
Introduction	1
L'anxiété : un phénomène préoccupant	5
Définition de l'anxiété	5
Conséquences de l'anxiété pathologique	7
Prévalence de l'anxiété pathologique chez les enfants	8
Modèle théorique du trouble anxieux	9
Les pratiques parentales	13
Définition des pratiques parentales	13
Les pratiques éducatives	14
La relation parent-enfant	16
Constat actuel des écrits	17
Pertinence de l'étude et objectif de recherche	24
Protocole de recension	28
Étape 1 et 2. Élaboration du protocole de recension et identification des études	28
Étape 3. Extraction des résultats et évaluation de la qualité méthodologie des études sélectionnées	33
Le score de qualité méthodologique	33
Résultats	38
Caractéristiques méthodologiques	39
Description des échantillons des études	39
Description des instruments de mesure utilisés	40
Nature des variables à l'étude	40
Opérationnalisation des pratiques parentales	44
Opérationnalisation de l'anxiété	46

Variables de contrôles.....	48
Description de la qualité méthodologique des études recensées	49
Critères 1 et 2 : Propriétés psychométriques vérifiées pour l'anxiété et les pratiques parentales	49
Critère 3 : Utilisation d'analyses multivariées.....	52
Critères 4 et 5 : Utilisation d'une modalité multi-répondant pour l'anxiété et pour les pratiques parentales	52
Critères 6 et 7 : Utilisation d'une modalité multi-méthode pour l'anxiété et pour les pratiques parentales	52
Critère 8 : Utilisation d'un devis longitudinal	53
Critère 9 : Une puissance statistique suffisante	53
Résultats des analyses	54
Résultats des analyses univariées.....	55
Pratiques éducatives parentales : supervision	57
Pratiques éducatives parentales : discipline.....	57
Relation parent-enfant.....	58
Score global des pratiques parentales	60
Résultat des analyses multivariées.....	61
Pratiques parentales associées au score global d'anxiété	63
Pratiques parentales associées à la présence d'un diagnostic de trouble anxieux	67
Pratiques parentales associées aux symptômes d'anxiété sociale.....	72
Pratiques parentales associées aux symptômes de peur des blessures	73
Pratiques parentales associées à la phobie spécifique	73
Variance de l'anxiété expliquée par les pratiques parentales	74
Discussion	76
Les constats principaux de l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire	77
Constat 1 : Lien entre la supervision et l'anxiété de l'enfant	78
Constat 2 : Lien entre la discipline et l'anxiété de l'enfant	79
Constat 3 : Lien entre la relation parent-enfant et l'anxiété de l'enfant.....	79

Constat 4 : Les limites de l'approche diagnostique.....	80
Constat 5 : Lien entre un score global de pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant.....	82
Constat 6 : Les types d'anxiété.....	83
Constat 7 : Les mères sont à l'avant.....	83
Constat 8: Une puissance statistique parfois insuffisante.....	85
Constat 9 : Une multitude d'instruments de mesure des pratiques parentales.....	86
Constat 10: La relation parent-enfant, un concept large.....	87
Constat 11 : L'importance relative des pratiques parentales.....	88
Forces, limites et recommandations.....	89
Retombées cliniques.....	93
Conclusion.....	97
Références.....	99
Appendice A Canevas de la grille-résumé pour l'extraction des résultats.....	110
Appendice B Canevas de la grille pour l'extraction des résultats : caractéristiques méthodologiques.....	113

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques méthodologiques des études sélectionnées	42
2	Qualité méthodologique des études sélectionnées	51
3	Liens univariés entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire.....	56
4	Liens multivariés entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant	62

Liste des figures

Figure

1	Modèle d'influences transactionnelles de Vasey et Dadds (2001).....	11
2	Résumé des études sélectionnées.....	32

*Le but de l'éducation intellectuelle n'est pas de savoir répéter
ou conserver des vérités toutes faites.
C'est d'apprendre à conquérir par soi-même le vrai,
au risque d'y mettre le temps et de passer par
tous les détours que suppose une activité réelle.*

Jean Piaget

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à ma directrice de recherche, Marie-Josée Letarte. Durant les cinq dernières années, j'ai eu le privilège de bénéficier de la qualité de ta direction, de ton encadrement rassurant, ainsi que de ton regard aguerri. Merci également de ta disponibilité et de ton enthousiasme contagieux. Ce fut un plaisir de te côtoyer.

Michaël, je ne pourrais passer sous silence l'apport inestimable de ton soutien, de tes encouragements et de ta patience. De la relation à distance à celle où tu devais me partager avec ce mémoire doctoral, je suis consciente et reconnaissante des sacrifices que tu as faits pour me permettre d'aller au bout de mes ambitions. En ne doutant jamais de ma capacité de mener à terme ce projet ambitieux que représentait le doctorat, tu as été mon phare dans les tempêtes.

Un clin d'œil à mes collègues et à celles qui m'ont fait le cadeau de leur amitié. Nos journées de rédaction se sont avérées un espace de soutien moral et de motivation précieux. Un merci particulier à ma collègue et amie en or Laurence pour la relecture de ce mémoire doctoral. Après de toi, les défis sont plus doux. À ma meilleure amie et à ses deux merveilleux enfants, merci de m'avoir soutenue par votre simple présence dans ma vie. Romy et Nolan, sans le savoir, vous m'avez offert de précieux moments où il m'était possible de décrocher totalement, émerveillée par la beauté de vous voir grandir. À ma

famille et à mes ami(e)s, je vous remercie de votre compréhension et de vos encouragements.

Un merci sincère aux professeurs du doctorat en psychologie en enfance et adolescence de l'Université de Sherbrooke au campus de Longueuil. Par la qualité de votre enseignement, vous avez su nourrir ma curiosité et surtout, la passion qui m'habite. Un merci particulier à Carole, François, Anne-Marie et Marie-Pierre qui ont accepté de me soutenir dans le développement de mes compétences et de mon identité professionnelle.

Enfin, je dédie ce mémoire doctoral aux enfants et aux adolescents qui acceptent de me faire confiance et m'offrent l'immense privilège de leur intimité. Vous avez été l'essence m'ayant permis de me rendre à destination.

Je ferme finalement le chapitre de cette grande aventure universitaire, mais si excitée à l'idée de nouveaux défis!

Introduction

L'anxiété est un phénomène important dans notre société. Elle est définie comme une réponse émotionnelle universelle caractérisée par l'inquiétude, mais devient entre autres problématique lorsqu'elle entrave les sphères de fonctionnement de l'individu (Barlow, 2004; Dogra et al., 2008; Dumas, 2007; Turgeon et al., 2007). Bien qu'il s'agisse d'une problématique prévalente dans la population adulte, une attention particulière doit être portée vers les enfants d'âge préscolaire. En effet, la présence de symptômes anxieux chez l'enfant prédit un trouble anxieux ultérieur (Mian, 2014). Plus encore, à cette période, certains enfants présentent déjà un trouble anxieux. De plus, les conséquences pour les enfants qui vivent avec un trouble anxieux sont importantes sur différentes sphères de fonctionnement et peuvent persister tout au long de leur vie (Donavan & Spence, 2000; Hirschfield, 2001; Nepon, Belik, Bolton, & Sarren, 2010; Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005; Stallard, 2010; Turgeon, Kirouac, & Denis, 2007). Par ailleurs, à cette même période, le rôle des parents dans le développement de cette problématique doit être questionné puisqu'ils sont des agents de socialisation et de développement stables auprès de l'enfant (Grolnick, 2009). Ils interagissent notamment auprès de lui par l'entremise de leurs pratiques parentales. Par pratiques parentales, on entend les gestes et les attitudes du parent afin de soutenir le développement émotionnel, intellectuel, physique et social de l'enfant (Johnson, Berdhal, Horne, Richter, & Walter, 2014). Plusieurs études mettent en lien les pratiques parentales et l'anxiété des enfants ou des adolescents. Ces mêmes études ont fait l'objet de recensions systématiques ou de méta-analyses. Cependant,

les recensions ou méta-analyses disponibles sont généralement axées sur les enfants d'âge scolaire et les adolescents. Elles ne s'intéressent pas spécifiquement à l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire, et l'évaluation de la qualité méthodologique des études primaires a été souvent négligée. De plus, aucune n'est disponible en français. Le présent mémoire consiste en une recension systématique des écrits dont l'objectif est d'examiner l'association spécifique entre les pratiques parentales (pratiques éducatives parentales et relation parent-enfant) et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire en utilisant la méthodologie proposée par Center for Reviews and Dissemination de l'Université de York (2008).

Le premier chapitre est constitué du contexte théorique. Il présentera le phénomène préoccupant que représente l'anxiété, définira les pratiques parentales et exposera le constat actuel des écrits. La pertinence de l'étude et l'objectif de la recherche seront aussi abordés. Le deuxième chapitre portera sur la méthode de recension en présentant les étapes du protocole et la démarche relative à la création d'un score de qualité méthodologique. Le troisième chapitre abordera les résultats en incluant les caractéristiques méthodologiques, la description de la qualité méthodologique des études recensées, les résultats des analyses univariées et enfin, les résultats des analyses multivariées. Le quatrième chapitre sera dédié à la discussion, dans laquelle les constats principaux de l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire seront abordés. Les forces, limites et recommandations de la recherche compléteront ce chapitre. Enfin, la conclusion du mémoire doctoral sera présentée.

Contexte théorique

Ce chapitre a été divisé en quatre sections. La première aborde le phénomène préoccupant que constitue l'anxiété, particulièrement chez les enfants. La deuxième se penchera sur les pratiques parentales. La troisième permettra de dresser un portrait des recensions disponibles à ce jour en ce qui concerne l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant. Enfin, la quatrième section mettra en évidence la pertinence de l'étude et présentera l'objectif de la recherche.

L'anxiété : un phénomène préoccupant

Les prochains paragraphes permettront de définir l'anxiété, d'aborder sa prévalence chez les enfants ainsi que ses conséquences. Enfin, un modèle théorique sera présenté.

Définition de l'anxiété

L'anxiété est une réponse émotionnelle normale et universelle qui permet une mobilisation de l'organisme face à une situation perçue comme menaçante ou dangereuse. Elle est caractérisée par l'inquiétude, un processus cognitif d'anticipation qui implique la présence d'appréhension et de pensées répétitives (Barlow, 2004; Dadds & Barrett, 2001; Dumas, 2007; Huberty, 2012; Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2016). Elle est nécessaire à la survie et à l'adaptation puisqu'elle oriente l'attention vers le danger, prépare l'organisme à agir et améliore les performances de l'individu en le motivant à se surpasser (Dogra, Parkin, &

Fiona, 2008; Dumas, 2007; Huberty, 2012; Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2016; Wendland et al., 2011). D'un point de vue développemental, les manifestations d'anxiété suivent une trajectoire développementale relativement universelle. Il est attendu que les enfants d'âge préscolaire craignent de se trouver seuls ou aient peur du noir. Plus encore, l'éveil de leur imagination favorise la peur de créatures imaginaires telles que les fantômes ou les monstres (Dumas, 2007; Huberty, 2012, Wendland et al., 2011). Ainsi, les réactions anxieuses manifestées par un enfant sont normales, mais deviennent problématiques ou pathologiques lorsqu'elles ne sont plus appropriées en fonction de son niveau de développement, qu'elles entravent son fonctionnement et deviennent plus sévères en termes de fréquence, de durée et d'intensité (Dogra et al., 2008; Huberty, 2012; Turgeon et al., 2007).

Les symptômes d'anxiété nuisent parfois au fonctionnement social, familial ou scolaire de l'enfant. Ils se traduisent par des cognitions, des comportements et des sensations physiologiques. Cognitivement, les symptômes anxieux se manifestent par des difficultés de mémoire, de concentration et d'attention (Huberty, 2012). Les enfants avec une symptomatologie anxieuse présentent également des biais d'attribution, ayant tendance à s'inquiéter excessivement d'une variété de situations considérées comme menaçantes. Ils entretiennent aussi des distorsions cognitives, où des conclusions non fondées sont établies (Huberty, 2012). Sur le plan physiologique, l'anxiété cause des symptômes involontaires révélant un état physique d'alerte et de détresse (p. ex., rythme cardiaque élevé, tensions musculaires, souffle court, sécheresse buccale, nausées, maux de ventre, vision embrouillée, douleurs chroniques). Chez l'enfant, elle peut également se manifester par des tics, des troubles du sommeil et de l'énurésie (Dogra et al., 2008;

Huberty, 2012). Enfin, les symptômes comportementaux liés à l'anxiété sont les plus facilement observables. Certains comportements tels que l'évitement ou le retrait peuvent être volontaires et ont pour fonction de réduire l'anxiété. D'autres manifestations, telles que l'agitation motrice, un discours rapide, de l'irritabilité, des comportements erratiques ou de l'hypervigilance sont involontaires et témoignent d'un état d'alerte (Huberty, 2012; Zullino, Khazaal, Hättenschwiler, & Borgeat, 2004).

La présence de symptômes anxieux peut évoluer vers un trouble anxieux. En effet, des symptômes anxieux provoquant des perturbations comportementales, une détresse significative et une altération du fonctionnement général sont des indicateurs d'un trouble anxieux (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), qui s'inscrit dans les troubles internalisés (Achenbach, 1991). Selon le type d'objets, le type de situations induisant la peur et le type de raisonnement cognitif, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) répertorie les troubles anxieux : le trouble d'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble panique, l'attaque de panique spécifiée, l'agoraphobie, le trouble d'anxiété généralisé, le trouble anxieux induit par une substance/médicament, le trouble anxieux dû à une affection médicale, le trouble anxieux spécifié et le non spécifié (APA, 2013).

Conséquences de l'anxiété pathologique

En plus d'être associée à une détresse importante, l'anxiété pathologique a des conséquences sur les sphères sociales, familiales et scolaires de l'enfant (Turgeon et al.,

2007). La présence d'un trouble anxieux chez les enfants d'âge préscolaire augmente de trois fois le risque de présenter des difficultés d'apprentissage de la lecture (Stallard, 2010). À long terme, l'anxiété, à un niveau élevé, prédit le développement d'un trouble anxieux ultérieur lorsqu'aucun traitement n'est offert (Mian, 2014) et est aussi associée à des conséquences telles que des problèmes de consommation de substances, une augmentation du risque de dépression et de suicide (Hirschfield, 2001; Nepon et al., 2010). De plus, les enfants anxieux sont plus à risque de décrochage scolaire à l'adolescence et leurs possibilités d'emplois à l'âge adulte se voient réduites (Donavan & Spence, 2000; Rapee et al., 2005). D'ailleurs, de tous les troubles de santé mentale chez les adultes, les troubles anxieux sont ceux dont les coûts sociaux et économiques sont les plus élevés (Roberge, Fournier, Duhous, Nguyen, & Smolders, 2011).

Prévalence de l'anxiété pathologique chez les enfants

Les troubles anxieux sont les diagnostics psychiatriques les plus fréquents chez les enfants et les adolescents (Denis & Baghdadli, 2016). Costello, Egger et Angold (2005) ont recensé 27 études s'intéressant à la prévalence de l'anxiété chez les enfants. Ils ont relevé qu'entre 3 % et 28 % des jeunes manifestent de l'anxiété pathologique ou des symptômes d'un trouble anxieux avant l'âge de 18 ans. De plus, entre 10 % et 20 % des enfants présentent des symptômes anxieux d'une intensité modérée à grave (Turgeon et al., 2007). Les troubles anxieux apparaissent relativement tôt chez l'enfant (Piché, Cournoyer, Bergeron, Clément, & Smolla, 2017), l'âge médian étant de 11 ans (Kessler et al., 2005). De plus, considérant que les troubles anxieux perdurent dans le temps avec une prévalence à vie entre 14 % et 25 %

(Costello et al., 2005) et que déjà, à l'âge préscolaire, 9 % des enfants en sont atteints (Egger & Angold, 2006), il importe de mieux comprendre les facteurs y étant associés afin de prévenir, réduire ou enrayer les conséquences qui y sont reliées. Différentes recensions systématiques et méta-analyses réalisées pour mieux comprendre l'anxiété chez les enfants suggèrent que les pratiques parentales sont un facteur clé dans le développement de celles-ci (McLoed, Wood, & Weisz, 2007; Möller, Nikolic, Majdandzic, & Bögels, 2016; Pinquart, 2017; Van der Bruggen, Stams, & Bögels, 2008; Washington et al., 2017; Yap & Jorm, 2015). Les résultats de ces recherches seront présentés ultérieurement.

Modèle théorique du trouble anxieux

Plusieurs modèles théoriques, qui suggèrent la contribution d'une multiplicité de facteurs biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux et environnementaux, ont été proposés pour expliquer le développement de l'anxiété chez l'enfant (Barlow, 2004; Jacob, Thomassin, Morelen, & Suveg, 2011; Murray, Creswell, & Cooper, 2009; Turgeon et al., 2007; Vasey & Dadds, 2001).

Des approches théoriques telles que l'approche cognitivo-comportementale ou psychanalytique, offrent des modèles explicatifs de l'anxiété (Naour, 2007). Cependant, les modèles factoriels sont appréciés puisqu'ils suggèrent la contribution d'une multiplicité de facteurs. La Figure 1 représente le modèle développemental proposé par Vasey et Dadds (2001). Il se distingue des autres modèles en s'appuyant sur la psychopathologie développementale et en s'intéressant non seulement au développement

du trouble anxieux, mais au maintien et à l'amélioration de celui-ci. D'abord, les auteurs identifient un risque cumulé de développer un trouble anxieux. Ce risque cumulé provient de la balance entre des facteurs de risque (facteurs prédisposants) et des facteurs de protection. Leur modèle théorique suggère que ces facteurs sont dynamiques et donc, s'influencent entre eux. Les facteurs de protection ont pour fonction de protéger l'enfant dans le développement d'un trouble anxieux alors que les facteurs prédisposants le rendent plus enclin à développer le trouble. De plus, tel qu'illustré dans la Figure 1, ces facteurs durables peuvent jouer plus d'un rôle, des facteurs prédisposants pouvant devenir des facteurs de maintien et des facteurs de protection pouvant devenir des facteurs d'amélioration du trouble anxieux. Les facteurs de maintien et d'amélioration, quant à eux, joueront un rôle dans la persistance ou non du trouble anxieux développé.

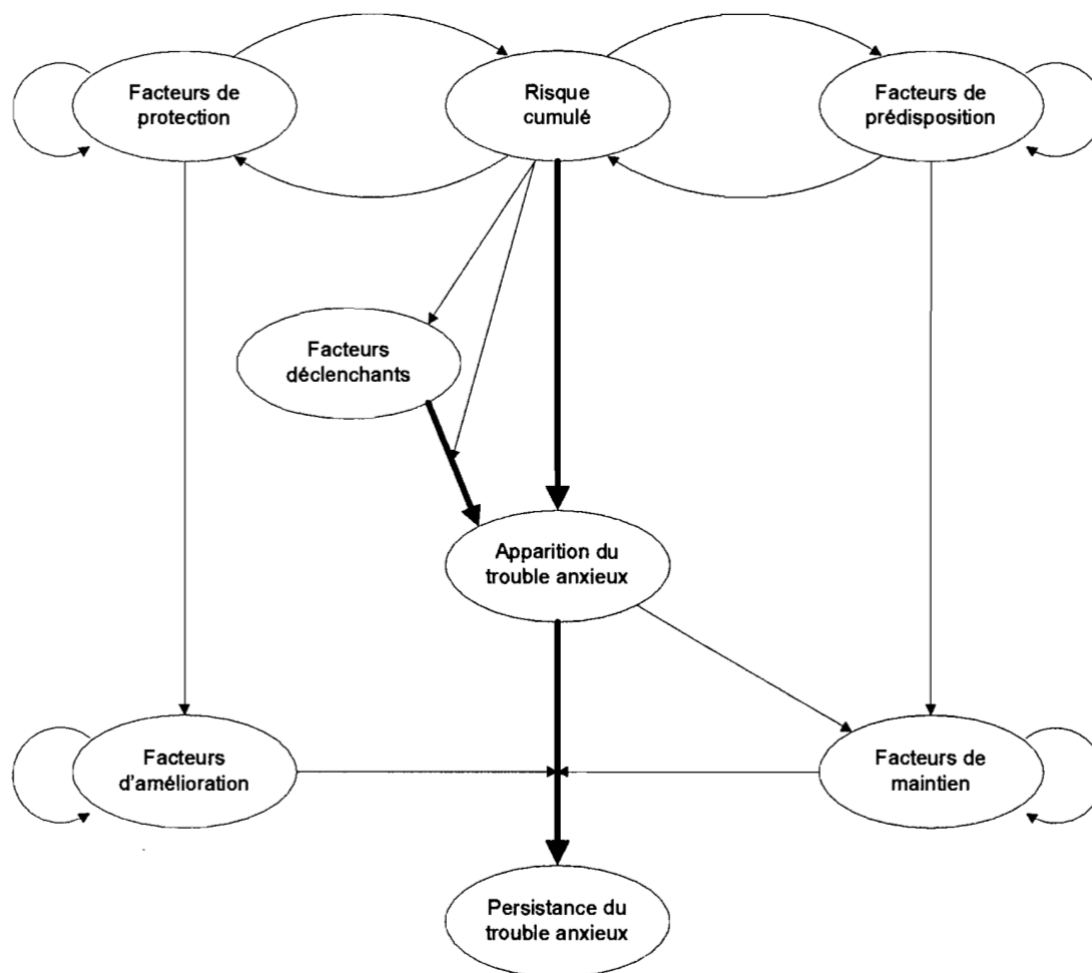


Figure 1. Modèle d'influences transactionnelles de Vasey et Dadds (2001) (Tiré de Pinsonneault, 2008).

Ce modèle suggère également deux trajectoires principales dans le développement des troubles anxieux. La première trajectoire implique l'influence de facteurs déclenchants, qui s'ajoutent au risque cumulé et précipitent le développement d'un trouble anxieux. L'autre trajectoire possible suggère des symptômes d'anxiété qui s'intensifient graduellement, par l'entremise de facteurs prédisposants, jusqu'à l'atteinte d'un seuil clinique.

Les facteurs qui agissent de façon dynamique afin de protéger ou prédisposer l'enfant au développement d'un trouble anxieux sont les suivants : les facteurs génétiques et neurobiologiques, le tempérament, les aptitudes de régulations émotionnelles, les biais cognitifs et les distorsions, les expériences de contrôles précoces, les expériences conditionnées et enfin, les pratiques parentales.

Si certains facteurs sont fixes, d'autres sont modifiables par l'intervention. À ce jour, la recherche s'est surtout penchée sur l'influence des biais cognitifs et des distorsions par l'entremise de la thérapie cognitivo-comportementale (Huberty, 2012). Or, les pratiques parentales constituent également un facteur d'importance, modifiable et qui mérite un examen plus approfondi.

Plus précisément, les parents contribuent au développement de l'anxiété de leur enfant en modelant les comportements anxieux, en les encourageant ou encore, en renforçant les comportements d'évitement. Ils peuvent inversement les protéger d'un trouble anxieux, notamment en fournissant une structure et des attentes appropriées (Vasey & Dadds, 2001). Ces rôles sont compris sous le concept des pratiques parentales, qui inclut à la fois les pratiques éducatives et la qualité relationnelle (Besnard, Verlaan, Capuano, Poulin, & Vitaro, 2009).

Les pratiques parentales

Les parents influencent l'adaptation sociale des enfants d'âge préscolaire de maintes façons et jouent différents rôles auprès d'eux (Mian, 2014; Parke & Buriel, 1998). Tout d'abord, la qualité relationnelle parent-enfant est un important prédicteur du développement cognitif et social ainsi que de la régulation émotionnelle de l'enfant. Aussi, leurs pratiques éducatives, les parents éduquent leurs enfants sur les règles sociales appropriées, soutiennent et guident le développement d'habiletés pour faire face à de nouvelles situations. Enfin, ils jouent un rôle de régulateur dans la gestion des activités, des contacts et des nouvelles expériences (Vasey & Dadds, 2001). Les prochains paragraphes visent à définir les pratiques parentales en se penchant sur les dimensions des pratiques éducatives et de la relation parent-enfant.

Définition des pratiques parentales

Le terme anglais *Parenting* ressort le plus fréquemment dans les écrits référant à la façon dont les parents éduquent leur enfant (Gafoor & Kurukkan, 2014; Grolnick, 2009; Johnson et al., 2014; Locke & Prinz, 2002) alors que le terme pratiques parentales (Darling & Steinberg, 1993; Deslandes & Royer, 1994; Hamel, 2001; Kiff, Lengua, & Zalewski, 2011) est le plus utilisé en français. Johnson et al. (2014) suggèrent de définir les pratiques parentales par les gestes posés afin de soutenir le développement émotionnel, intellectuel, physique et social de l'enfance à l'âge adulte. Morrison (2009) propose d'y inclure différents aspects tels que l'environnement, la chaleur relationnelle et la discipline.

À ce jour, il n'y a pas de consensus pour définir les pratiques parentales, celles-ci étant un construit multidimensionnel dont le cadre conceptuel varie selon les auteurs (Im-Bolter, Zadeh, & Ling, 2013; Morrison, 2009).

La conceptualisation des pratiques parentales retenue pour le présent mémoire relève de Besnard (2008). Ainsi, les pratiques parentales seront divisées en deux dimensions. D'abord, des pratiques éducatives, qui incluent la supervision et la discipline, et enfin, la relation parent-enfant. La conceptualisation de Besnard (2008) apparaît pertinente et novatrice puisque les différentes opérationnalisations dans les écrits scientifiques ne permettent pas de départager les pratiques parentales qui relèvent de la relation parent-enfant de celles qui relèvent des pratiques éducatives.

Les pratiques éducatives. Les pratiques éducatives réfèrent aux moyens utilisés par les parents pour éduquer ou socialiser leur enfant (Hamel, 2001). Selon Frick, Christian et Wooton (1999), elles regroupent généralement trois dimensions spécifiques, soit la supervision du parent, la discipline et l'engagement du parent envers son enfant.

La supervision implique non seulement que le parent structure l'environnement de son enfant et qu'il participe à ses activités, mais qu'il soit informé des lieux, des pairs qu'il côtoie et des activités auxquelles il s'adonne (Dishion & McMahon, 1998). Le type et l'intensité de l'encadrement parental face aux activités de son enfant, en fonction de l'âge de celui-ci, permettent de qualifier la supervision de bonne ou de faible (Dishion &

McMahon, 1998; Hamel, 2001). Une bonne connaissance et structure face à l'environnement de son enfant et de ses activités a généralement un effet protecteur pour l'adaptation de ce dernier (De Montigny-Malenfant, 2016). La supervision aurait cependant des impacts négatifs à un niveau trop élevé, en diminuant le sentiment de compétence de l'enfant et encourageant la dépendance au parent (Foubert, 2008). C'est le cas lorsque le parent fait preuve de surcontrôle, c'est-à-dire qu'il offre une aide intrusive et non nécessaire à l'enfant, formule trop de consignes ou d'instructions et limite ses comportements en l'absence d'une menace pour sa sécurité. C'est également le cas de la surprotection parentale, qui s'exprime par l'utilisation de précautions et de comportements protecteurs sans cause ni raison spécifiques (Ginsburg & Schlossberg, 2002).

La discipline réfère aux techniques parentales qui encouragent ou réduisent certains comportements de leur enfant (Locke & Prinz, 2002). Le type de discipline exercé par les parents se définit par la constance, la sévérité des méthodes disciplinaires, la souplesse ou la rigidité de celles-ci (Hamel, 2001). Elle inclut des techniques jugées comme efficaces ou inefficaces. La discipline positive se traduit par l'utilisation de règles claires, l'utilisation de renforcements face aux comportements désirés et par le développement du raisonnement et de l'induction chez l'enfant (Locke & Prinz, 2002). La discipline inefficace fait plutôt référence à des moyens coercitifs utilisés par les parents (p. ex., l'utilisation de punitions corporelles). La présence de règles et de demandes non claires et l'attention excessive face à des comportements inappropriés sont également jugées comme des aspects peu efficaces de la discipline (Locke & Prinz, 2002).

Enfin, l'engagement représente l'implication du parent dans son rôle de parent (Maccoby & Martin, 1983). Elle se manifeste par la façon de prendre soin de l'enfant, de jouer avec lui, de partager ses loisirs, d'être disponible et de soutenir son bien-être général. Elle est parfois considérée comme une dimension appartenant aux pratiques éducatives (Frick et al., 1999), mais plusieurs auteurs suggèrent qu'elle fait davantage référence à la relation parent-enfant (Locke & Prinz, 2002; Maccoby & Martin, 1983; Parke & Buriel, 1998). Puisque sa définition fait référence aux interactions, à l'investissement du parent face à son enfant ainsi qu'à son souci quant à son bien-être général (Pleck, 2010) plutôt qu'à un moyen éducatif, l'engagement sera considéré comme étant une composante appartenant à la relation parent-enfant.

La relation parent-enfant. La relation parent-enfant fait référence aux échanges d'ordre affectifs entre le parent et son enfant (Hamel, 2001). Cette relation trouve ses bases dans la relation initiale d'attachement dont la qualité provient de la capacité de la figure d'attachement à offrir à son enfant une base de sécurité nécessaire à l'exploration (Zeanah, Berlin, & Boris, 2011). Locke et Prinz (2002) utilisent le terme *Nurturance* pour aborder cette dimension et faire référence au climat affectif dans lequel se déroulent la relation parent-enfant et le développement émotionnel de l'enfant. L'évaluation de cette dimension repose habituellement sur les interactions physiques et verbales positives, le soutien, l'acceptation et la chaleur relationnelle (Locke & Prinz, 2002). Plus précisément, la chaleur relationnelle se manifeste par la capacité et la tendance du parent à être soutenant, affectueux et sensible aux besoins de l'enfant. Elle implique aussi d'approuver

ce que l'enfant ressent et d'exprimer des émotions/comportements positifs à l'endroit de celui-ci (Zhou et al., 2002). La qualité de la relation parent-enfant est également représentée par l'acceptation, l'affection physique, les encouragements, l'engagement et la sensibilité parentale (Ainsworth, 1969; Lenneke et al., 2009; Locke & Prinz, 2002).

Par l'entremise d'une recension systématique des écrits, le présent mémoire doctoral a pour objectif de vérifier l'association entre les pratiques éducatives (par l'entremise de la supervision, de la discipline et de l'engagement) et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire, ainsi que l'association entre la qualité relationnelle parent-enfant et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire. L'anxiété sera considérée tant sur le plan des symptômes anxieux que sur le plan de troubles anxieux.

Constat actuel des écrits

Sur le plan conceptuel, le modèle théorique de Vasey et Dadds (2001), qui suggère que les parents contribuent aux comportements anxieux par modelage ou renforcement (Vasey & Dadds, 2001), laisse croire la présence d'un lien entre les différentes dimensions des pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire. Sur le plan empirique, six études secondaires (recensions systématiques ou méta-analyses) ont été réalisées pour vérifier la présence d'un lien entre les pratiques parentales et les symptômes d'anxiété/ d'un trouble anxieux ou les troubles internalisés en cumulant les connaissances

développées sur le sujet (McLoed et al., 2007; Möller et al., 2016; Pinquart, 2017; Van Der Bruggen et al., 2008; Washington et al., 2017; Yap & Jorm, 2015).

En somme, les études qui seront présentées ci-dessous répondent de façon variable à notre question de recherche en s'intéressant toutes aux pratiques parentales, malgré un intérêt parfois axé sur un aspect très précis de celles-ci (McLoed et al., 2007). Cependant, trois d'entre elles ne s'intéressent pas spécifiquement à l'anxiété de l'enfant, mais également à la dépression ou aux symptômes internalisés (Pinquart, 2017; Van Der Bruggen et al., 2008; Yap & Jorm, 2015). L'étude de Möller est celle se rapprochant le plus de la recension qui sera réalisée dans ce présent mémoire, notamment en étant la seule à s'être penchée spécifiquement sur les enfants d'âge préscolaire, sur l'anxiété de l'enfant et sur les pratiques parentales. Les prochaines sections visent à présenter la contribution de chacune de ces recensions.

Tout d'abord, l'équipe de Washington et al. (2017) a inclus 31 études à sa recension, dont l'objectif était d'explorer les associations entre les facteurs familiaux (dont les pratiques parentales) et la dépression et l'anxiété chez les enfants afro-américains. Les études primaires devaient présenter une mesure de dépression ou d'anxiété ainsi qu'une mesure liée à des caractéristiques familiales, dont font partie les pratiques parentales. Ainsi, 13% des études sélectionnées se sont penchées sur l'anxiété, 19 % sur l'anxiété et la dépression alors que 68 % ont examiné seulement la dépression. De plus, cette recension examine plusieurs autres facteurs familiaux que les pratiques parentales, tels que le

fonctionnement familial, le type d'environnement et la présence d'adversité. De plus, elle s'intéresse à une population d'enfants âgés de 6 à 18 ans. Elle rapporte qu'un plus grand nombre de pratiques parentales positives (soutien parental, accès à un modèle parental positif, présence d'encouragements parentaux) prédisent moins de symptômes dépressifs et anxieux chez les enfants afro-américains. Les auteurs ajoutent que la parentalité positive a un rôle protecteur face aux symptômes anxieux et dépressifs des enfants. Cette étude s'éloigne de la recension réalisée dans ce mémoire doctoral pour quatre raisons. Elle exclut les enfants d'âge préscolaire en se penchant exclusivement sur des enfants âgés de six à 18 ans et s'intéresse spécifiquement aux enfants afro-américains. Également, les variables d'intérêts ne se limitent pas aux pratiques parentales et à l'anxiété de l'enfant. En effet, cette étude porte sur la relation entre l'anxiété et la dépression de l'enfant et les facteurs familiaux, incluant les pratiques parentales.

Yap et Jorm (2015) ont réalisé une méta-analyse visant à identifier les facteurs parentaux, incluant les pratiques parentales, pouvant être potentiellement modifiés afin de prévenir le développement de l'anxiété, de la dépression et des problèmes internalisés chez l'enfant. Les études primaires devaient inclure un ou plusieurs aspects des pratiques parentales considérés par les auteurs comme modifiables par l'intervention. Elles devaient également inclure des enfants présentant des symptômes ou un diagnostic de dépression, d'anxiété ou de troubles internalisés. Il s'agit d'une recension incluant 151 articles primaires (53 se penchent sur l'anxiété, 50 sur la dépression, 70 sur les symptômes internalisés) et inclue des enfants âgés entre 5 et 12 ans. Leurs résultats suggèrent que la plupart des facteurs

parentaux examinés n'ont pas d'association spécifique avec la dépression, l'anxiété et les symptômes internalisés de l'enfant. Cependant, plus d'abus physique, de surengagement parental et de discipline inconstante sont associés à plus de symptômes internalisés alors que plus de chaleur parentale est associée à moins de symptômes internalisés. Les quelques résultats spécifiquement rapportés en lien avec l'anxiété montrent que plus soutien à l'autonomie est associé à moins d'anxiété. Cette étude est différente de ce qui sera réalisé dans ce mémoire doctoral pour deux raisons principales. En premier temps, elle s'intéresse à une population autre que des enfants d'âge préscolaire. Également, elle s'intéresse à la dépression et aux troubles/symptômes internalisés. Enfin, elle ne s'intéresse pas à la qualité méthodologique des études recensées alors que le présent mémoire doctoral y portera une attention particulière.

Van Der Bruggen et al. (2008) ont réalisé une méta-analyse explorant l'association entre le contrôle parental et l'anxiété de l'enfant. Les 23 études recensées portent sur des enfants âgés de huit mois à 11 ans et demi. Les études primaires ont été sélectionnées parce qu'elles présentent une mesure de l'anxiété de l'enfant ou des troubles internalisés ainsi qu'une mesure de contrôle parental. Ils ont relevé une relation de moyenne ampleur entre le contrôle parental et l'anxiété de l'enfant. Les tailles d'effets rapportés dans les études recensées sont plus importantes lorsqu'il est question d'enfants d'âge scolaire et de familles présentant un statut socioéconomique plus élevé. Cette étude ne répond pas parfaitement à notre question de recherche puisqu'elle ne se penche pas spécifiquement

sur une population d'enfants d'âge préscolaire et qu'elle ne considère qu'un aspect spécifique des pratiques parentales, soit le contrôle parental.

McLoed et al. (2007) ont réalisé une méta-analyse incluant 47 études testant l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant. Ils ont inclus des études primaires datant entre 1887 et 2004. Pour être sélectionnées, les études primaires devaient notamment présenter une mesure de pratiques parentales ainsi qu'une mesure d'anxiété de l'enfant, ou un trouble anxieux diagnostiqué. Leur étude implique des enfants et des adolescents, âgés de 2 à 16 ans et demi. Ils ont utilisé une conceptualisation des pratiques parentales sous l'angle du rejet (inclus le manque d'engagement parental, le manque de soutien émotionnel, l'aversion et le manque de chaleur) et du contrôle (inclus le surengagement parental et le soutien à l'autonomie). Ils concluent que les pratiques parentales expliquent seulement 4 % de la variance de l'anxiété de l'enfant. Ils font ressortir que le contrôle parental est plus fortement associé à l'anxiété de l'enfant que le rejet. Ils mentionnent également que certaines sous-dimensions du contrôle parental démontrent une association plus forte avec l'anxiété de l'enfant que d'autres. À titre d'exemple, plus de soutien à l'autonomie et de chaleur parentale sont associés à moins d'anxiété chez l'enfant, mais présentent des variances respectives de 18 % et de 1 %. Cette recension s'éloigne de l'objectif du présent mémoire doctoral notamment en raison de sa population à l'étude et de la spécificité du regard porté aux pratiques parentales. En effet, les auteurs se sont uniquement intéressés aux aspects du rejet et du contrôle. De plus, cette

recension ne distingue pas l'apport des pratiques parentales sur les symptômes anxieux, en comparaison aux troubles anxieux.

Également, Pinquart (2017) a réalisé une méta-analyse incluant 1015 études primaires, dont l'objectif était de tester l'association entre des dimensions des pratiques parentales et les symptômes internalisés, dont font partie les symptômes anxieux, chez les enfants et adolescents. Leur grand nombre d'études primaires s'explique par le fait qu'ils ont inclus des études dont l'âge moyen des échantillons était de moins de 20 ans, des études étant rédigées dans d'autres langues que l'anglais et des études provenant de la littérature grise. Enfin, ils ont inclus toutes études ayant été publiées avant septembre 2016. Pour être retenues, les études primaires devaient également présenter une mesure de chaleur parentale, de contrôle (comportemental ou psychologique), de soutien à l'autonomie ou de styles parentaux. Elles se devaient également d'évaluer les symptômes internalisés de l'enfant, par une mesure d'anxiété, de dépression ou des symptômes internalisés). Ils ont conclu que la chaleur parentale, le contrôle comportemental, le soutien à l'autonomie et le style parental autoritaire prédisent une diminution des symptômes internalisés, alors que le contrôle prédit une augmentation de ces mêmes symptômes. Ils spécifient que la taille d'effet entre les variables est assez petite. Considérant leurs critères d'inclusions, les échantillons proviennent parfois d'une culture différente de la nôtre et les études primaires datent parfois de nombreuses années. Plus encore, les résultats rapportés dans la méta-analyse sont en lien avec les symptômes internalisés plutôt que l'anxiété de l'enfant. En ne s'intéressant pas proprement à l'anxiété,

mais plutôt aux symptômes internalisés, cette recension ne répond d'ailleurs pas proprement à notre question de recherche.

Enfin, Möller et al. (2016) sont les auteurs de l'étude se rapprochant le plus de ce qui sera réalisé dans ce mémoire doctoral. En effet, ils sont les seuls ayant examiné, par l'entremise d'une méta-analyse de 31 études primaires, l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété chez des enfants d'âge préscolaire. Pour être retenues, les études primaires devaient présenter une mesure des pratiques parentales telles que le surengagement, le surcontrôle, la surprotection, le soutien à l'autonomie, les comportements challengeants. Elles devaient également présenter une mesure d'anxiété de l'enfant. Ils ont vérifié si les comportements des pères et des mères ont des liens différents sur le développement et le maintien de l'anxiété de l'enfant en regard du sexe du parent. Leur méta-analyse inclut des études primaires publiées entre 1997 et 2015. Seulement cinq d'entre elles ont été publiées avant l'an 2000. Ils ont inclus des enfants dont l'âge était en dessous de six ans. Ils sont les seuls ayant examiné les précurseurs de l'anxiété par l'entremise de variables appartenant au tempérament (tempérament craintif, inhibition comportementale, gêne), ce qui leur a permis d'inclure des enfants plus jeunes. À cet effet, 11 des études utilisées incluent des échantillons d'enfants de moins de deux ans. Ils ont relevé que le surcontrôle parental n'est pas significativement associé à l'anxiété de l'enfant, alors que la surprotection parentale l'est. Les comportements challengeant paternels, définis dans leur étude comme les comportements encourageant l'enfant, de façon ludique, à prendre des risques et à sortir de sa zone de confort

(Majdandzic, Möller, De Vente, Bögels, & Van den Boom, 2014), sont associés à moins d'anxiété chez l'enfant, mais pas lorsque ces mêmes comportements sont adoptés par les mères. Il ressort également de leur recension que les symptômes anxieux sont plus fortement reliés aux pratiques parentales paternelles, en comparaison aux pratiques parentales maternelles. En somme, ils relèvent eux aussi que les comportements parentaux jouent un rôle de faible ampleur dans l'explication de l'anxiété chez les jeunes enfants. Ces auteurs répondent à notre question de recherche, mais leur étude présente des limites. D'abord, leur étude est constituée de familles avec un statut socio-économique considéré comme moyen ou élevé, ce qui limite la généralisation des résultats. Également, ils ont omis d'évaluer la qualité méthodologique des études et seulement deux des études recensées sont longitudinales, limitant la capacité à tirer des conclusions de causalité.

Pertinence de l'étude et objectif de recherche

La prochaine section vise à mettre de l'avant les lacunes observées dans les précédentes recensions et la pertinence de notre étude. Des six recensions systématiques et méta-analyses identifiées, deux avaient pour objectif d'explorer l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant (McLoed et al., 2007; Moller et al., 2016). Van Der Bruggen et al. (2008) avaient, de leur côté, un objectif plus précis, soit d'explorer l'association entre un aspect des pratiques parentales, soit le contrôle, et l'anxiété de l'enfant. Washington et al. (2017), s'intéressaient plutôt à la relation entre les pratiques parentales et la dépression et l'anxiété chez les enfants. Yap et Jorm (2015) avaient comme

objectif de recherche d'identifier les facteurs parentaux pouvant être potentiellement modifiés pour prévenir le développement de l'anxiété, de la dépression et des problèmes internalisés chez les enfants. Enfin, Pinquart (2017) avait pour objectif de vérifier l'association entre différentes dimensions des pratiques parentales/styles parentaux et les symptômes internalisés chez les enfants.

Ces études se sont généralement penchées sur les enfants d'âge scolaire (Van Der Bruggen et al., 2008; Yap & Jorm, 2015) ou sur une population d'enfants et d'adolescents (McLoed et al., 2007; Pinquart, 2017; Washington et al., 2017), témoignant d'une lacune dans les écrits lorsqu'il est question spécifiquement d'enfants d'âge préscolaire. Seulement une des études disponibles, soit celle de Möller et al. (2016) s'est penchée sur une population d'enfants d'âge préscolaire. Deux des études relevées ne se sont pas intéressées spécifiquement aux pratiques parentales (Washington et al., 2017; Yap & Jorm, 2015). En effet, la recension de Washington et al. (2017) avait pour but de se pencher sur les facteurs familiaux alors que celle de Yap et Jorm (2015) s'est intéressée aux facteurs parentaux. Ces facteurs incluent des variables telles que les conflits parentaux et la gestion de l'anxiété du parent. De plus, trois des études relevées ne se sont pas intéressées spécifiquement à l'anxiété, préférant se pencher sur l'anxiété, la dépression ou les symptômes internalisés (Pinquart, 2017; Washington et al., 2017; Yap & Jorm, 2015). Par exemple, Pinquart (2017) offre des résultats intéressants, mais ceux-ci s'appliquent aux symptômes internalisés de l'enfant. Les recensions réalisées se rapprochent de notre question de recherche en raison de leurs variables d'intérêts, mais aucune des recensions

réalisées jusqu'à ce jour n'a conceptualisé le concept des pratiques parentales sous les angles de la relation parent-enfant et des pratiques éducatives parentales.

En utilisant une population d'enfant d'âge préscolaire et en se penchant sur l'association spécifique entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant, la recension réalisée par Möller et al. (2016) est celle qui se rapproche le plus de notre recension. Cependant, cette étude ne s'est pas penchée sur l'association entre les styles parentaux et l'anxiété de l'enfant et présente un faible ratio d'études longitudinales (seulement deux études sur 31). Ces limites seront prises en compte dans notre recension. D'abord, puisque comme le concept de styles parentaux réfère à la fois aux pratiques éducatives parentales et à la relation parent-enfant, ils seront inclus sous le concept de score global des pratiques parentales. Ensuite, 31 % des études sélectionnées sont longitudinales. De plus, Möller et al. (2016) ont omis d'évaluer la qualité méthodologique des études recensées, tout comme trois autres des recensions/méta-analyses identifiées (McLoed et al., 2007; Van Der Bruggen et al., 2008; Yap & Jorm, 2015). Enfin, aucune des recensions disponibles à ce jour n'est rédigée en français.

La présente recension systématique des écrits a pour objectif de vérifier la présence et la direction de l'association spécifique entre les pratiques parentales (pratiques éducatives parentales et relation parent-enfant) et les symptômes anxieux/diagnostics d'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire.

Méthode

Ce second chapitre présentera la méthode de recension systématique utilisée. Chacune des étapes du protocole de recension utilisé sera décrite. La création d'un score de qualité méthodologique sera également abordée.

Protocole de recension

Cette recension systématique s'appuie sur la méthode proposée par le Center for Reviews and Dissemination de l'Université de York (2008), reconnue en raison de ses standards élevés et recommandée par diverses agences telles que le National Institute for Health and Clinical Excellence (NIHCE). Elle propose six étapes distinctes, soit : l'élaboration du protocole de recension, l'identification et la sélection des études, l'évaluation de la qualité des études retenues, l'extraction des résultats, la synthèse des résultats et le transfert des connaissances. Les trois premières sont décrites dans la présente section sur la méthode de l'étude, alors que les deux suivantes seront présentées dans la section des résultats. La publication du mémoire doctoral permettra de réaliser la dernière étape.

Étape 1 et 2. Élaboration du protocole de recension et identification des études

L'identification des études primaires a été menée en août 2016. Les banques de données consultées pour repérer ces études ont été choisies parce qu'elles permettent d'identifier des textes dans différentes langues dans le domaine des sciences humaines, de

la santé ou de l'éducation (PsychInfo, Academic Search Complete, ERIC, FRANCIS, MEDLINE, psycARTICLES, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*). Des mots-clés et un vocabulaire standard provenant des thésaurus ont été utilisés. Les mots-clés Parenting* OR Parental* OR childrearing* OR parent child* OR rearing OR parental involvement OR parental monitoring OR parental discipline OR parental sensibility OR parent bonding OR parental bonding OR parent child relation* OR father child relation* OR mother child relation* sont utilisés pour référer au concept de pratiques parentales. Anxi* OR Anxiety disorder* OR internalizing problem* OR internalizing disorder* sont utilisés pour référer au concept de trouble ou de symptômes anxieux. Également, l'identification d'articles provenant d'une population d'âge préscolaire a été facilitée par le mot-clé preschool*. Un total de 2004 références a ainsi été repéré après l'élimination des doublons.

Préalablement à l'identification des études, un protocole de recension a été élaboré afin d'émettre des balises sur les études à sélectionner. Pour être retenue, chacune des études repérées devait :

- 1) la référence renvoie à une étude primaire, soit une étude n'étant pas une recension ni une méta-analyse
- 2) être rédigée en français ou en anglais;
- 3) être publiée après l'an 2000 dans un souci d'utiliser des données récentes;

- 4) l'échantillon avait été recruté au plus tard en 1995 afin que celui-ci soit similaire au contexte actuel;
- 5) avoir un échantillon provenant de pays occidentaux (Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie et Nouvelle-Zélande), considérant que la perception de la santé mentale et la façon d'éduquer les enfants (pratiques parentales) sont plus homogènes;
- 6) publiée dans des revues où il y a eu révision par les pairs;
- 7) comprendre au moins une mesure de l'anxiété de l'enfant (trouble anxieux ou symptômes anxieux) et au moins une mesure des pratiques parentales;
- 8) vérifier l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant à partir de tests statistiques (p. ex., corrélation) et par l'entremise de devis longitudinal ou transversal;
- 9) Porter exclusivement sur des enfants d'âge préscolaire et donc, âgés entre deux et cinq ans.

De plus, les études repérées ont été exclues dans les situations suivantes :

- 1) si elles portaient sur des échantillons marginalisés (transgenre, couple homosexuel, etc.);
- 2) si l'échantillon était constitué d'enfants ne présentant pas d'anxiété, mais un trouble autre.

Les critères 1, 2, 5 et 6 ont été directement appliqués à même les banques de données permettant d'exclure 1697 articles. Conséquemment, les autres critères ont été

appliqués à 299 articles sur la base de la lecture des titres, des résumés et parfois du texte en entier. Cette sélection a été réalisée par deux personnes en fonction des critères définis dans le protocole de recension. Lorsque le titre et le résumé ne permettaient pas de statuer sur l'éligibilité de l'article, une lecture complète était réalisée par les deux évaluateurs. L'accord interjuge s'élève à 92%. Cinq articles ont fait l'objet d'un désaccord. Ils ont finalement été exclus suite à une discussion avec la directrice de recherche. Des 2004 articles identifiés au départ, 14 sont inclus dans cette recension. La figure 2 présente un résumé de la démarche.

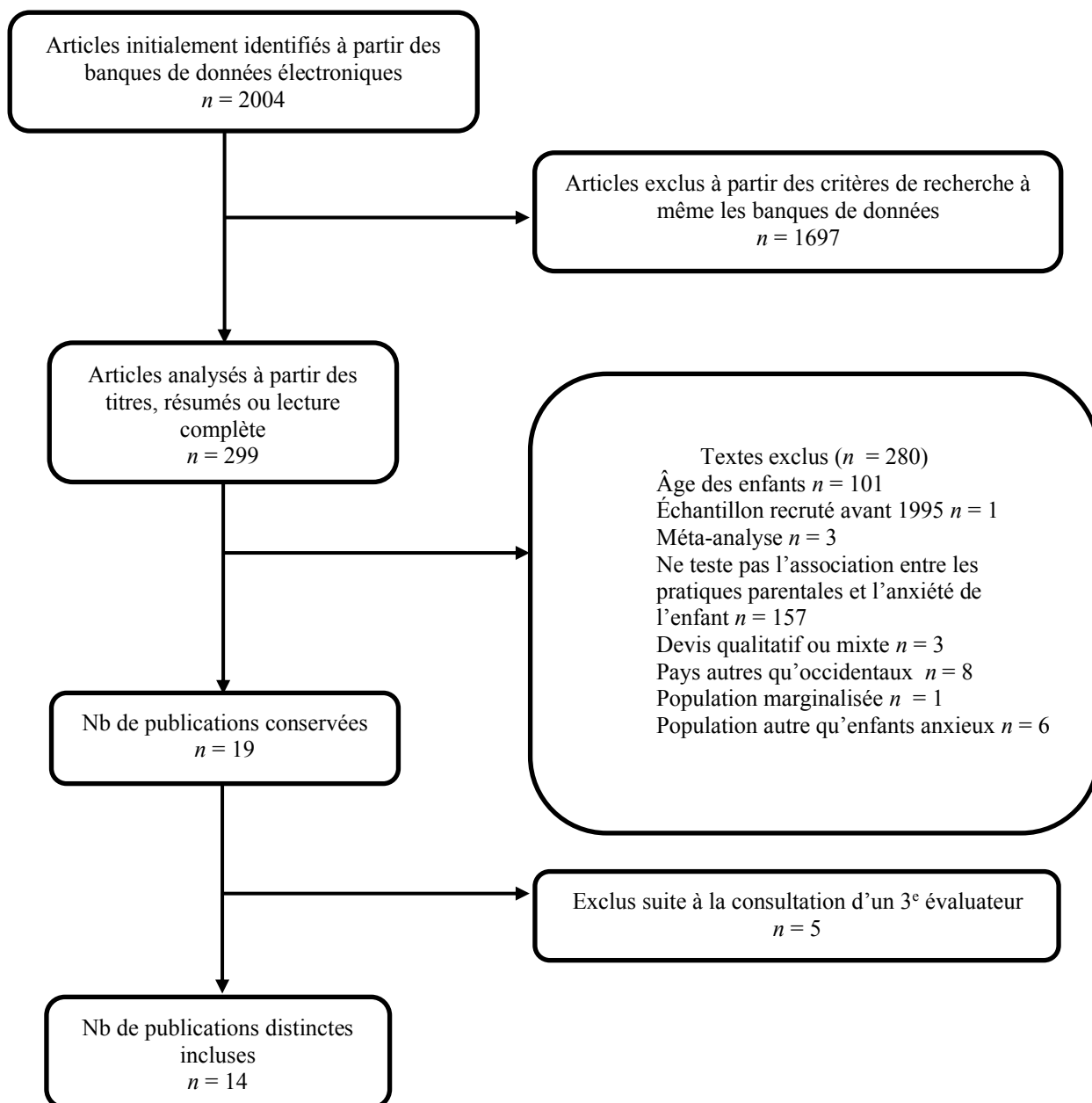


Figure 2. Procédure de sélection des études

Étape 3. Extraction des résultats et évaluation de la qualité méthodologie des études sélectionnées

Les informations pertinentes, tant sur le plan des caractéristiques des études que sur le plan des résultats obtenus, ont été extraites des études à partir du processus d'extraction des résultats proposé par le centre d'expertise de l'Université de York (2008), bien que l'extraction des résultats ne fut validée par une deuxième chercheure. Deux grilles d'extraction systématique des données ont été construites et utilisées pour chacune des études primaires. Pour chaque étude, une grille-résumé incluant des informations relatives aux variables et instruments de mesure utilisés, à l'échantillon, aux objectifs de recherches, aux analyses réalisées, aux résultats et aux forces et limites de l'étude a été remplie.

Les caractéristiques méthodologiques des études ont également été extraites dans une seconde grille afin de comparer plus facilement les études au plan méthodologique et ainsi, faciliter la synthèse de celles-ci. D'ailleurs, les caractéristiques méthodologiques et les résultats seront présentés dans la section des résultats. Les prochains paragraphes aborderont la création d'un score de qualité méthodologique.

Le score de qualité méthodologique

D'abord, la qualité méthodologique des études à la susceptibilité aux biais. Elle doit être évaluée afin d'interpréter les résultats puisque ses limites constituent une source potentielle de biais (Sanderson, Tatt, & Higgins, 2007). Une des méthodes largement

utilisées pour y arriver consiste à utiliser des échelles qui résultent en un score numérique total représentant la qualité méthodologique des études. Il est recommandé d'utiliser un nombre limité de critères spécifiques afin de se concentrer sur les principales sources de biais potentiels (Sanderson et al., 2007). Ainsi, neuf critères ont été utilisés afin de juger de la qualité méthodologique des études retenues, tel que suggéré par le centre d'expertise de l'Université de York (2008). Ces critères sont décrits dans les prochains paragraphes. Ces critères ont été choisis en concertation avec la directrice de recherche et la pertinence de chacun de ceux-ci sera justifiée ici-bas.

Chacun des neuf critères a été comptabilisé de façon dichotomique. Un score de 1 était attribué lorsque le critère était satisfait, sans quoi un 0 était attribué. Les neuf scores ont été cumulés pour créer un score global représentant le nombre de critères rencontrés, créant ainsi une échelle globale de qualité méthodologique. Cette étape n'a cependant pas fait l'objet d'une validation, tel que recommandé (Centre d'expertise de l'Université de York, 2008). Les informations relatives aux caractéristiques méthodologiques des études sélectionnées ont aussi été extraites via des grilles résumées et sont présentées dans le Tableau 1. Elles seront abordées dans la section des résultats.

Les deux premiers critères renvoient à l'utilisation d'instruments de mesure dont la validité ou la fidélité ont été démontrées (Center for Reviews and Dissemination, 2008). Il s'agit d'un critère primordial qui permet de s'assurer que l'instrument utilisé mesure son construit avec exactitude, de façon cohérente et stable dans le temps. Conséquemment,

la validité et la fidélité des instruments de mesure sont nécessaires afin de dégager des interprétations justes des résultats obtenus (Center for Reviews and Dissemination, 2008; Fillion, 2018).

Deux points sont dédiés à la validité des instruments de mesure, soit un point pour la mesure de l'anxiété et un point pour la mesure des pratiques parentales. Pour obtenir les points dédiés à la validité, il est nécessaire que les propriétés psychométriques des instruments utilisés aient fait l'objet d'études indépendantes, les instruments de mesure ayant fait l'objet d'études quant à leurs propriétés psychométriques assurant une plus grande rigueur que les instruments de mesure maison. Un point a été octroyé si au moins un des instruments de mesure avait été validé pour les pratiques parentales. Le même principe s'est appliqué aux outils de mesure de l'anxiété.

Les critères trois et quatre renvoient à l'utilisation d'une modalité multi-répondant pour les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant. Ainsi, un point est octroyé pour chaque variable d'intérêt si celles-ci ont été mesurées par l'entremise de plus d'un répondant (p. ex., le père et la mère). L'utilisation d'un seul répondant comporte de multiples risques de biais tels que la possibilité de distorsions parentales quant aux symptômes présentés par leurs enfants en fonction de leur propre cadre de référence, enjeux affectifs et représentation de l'enfant (Briggs-Gowan, Carter, Skuban, & Horwitz, 2001; Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Richters, 1992) ou encore, pour les pratiques parentales, une non-transparence des parents quant à l'usage de certaines pratiques en

raison d'une désirabilité sociale ou de la crainte de l'engagement d'agences externes (Carter et al., 2004).

Les critères cinq et six renvoient à l'utilisation d'une approche multi-méthode, soit l'utilisation de plus d'un type d'instrument de mesure (questionnaires, observations, entrevues). Une telle combinaison est considérée comme essentielle à la petite enfance en raison de l'incapacité de l'enfant à reconnaître et décrire ce dont il fait l'expérience. Elle est reconnue comme un standard dans l'identification précoce de l'anxiété puisque chaque méthode introduit une source unique de biais (Castro & Perrin, 2011; Mian et al., 2015) et que la combinaison de celles-ci peut permettre un portrait plus nuancé. Ainsi, un point est attribué pour chacune des variables d'intérêts (anxiété de l'enfant et pratiques parentales) lorsque celles-ci utilisent plus d'un type d'instrument de mesure (p. ex., un questionnaire et un entretien). Au total, quatre points (sur neuf) sont dédiés à l'utilisation de modalités multi-méthode et multi-répondant puisqu'elles sont importantes dans la compréhension du développement des enfants d'âge préscolaire en raison de l'incapacité de ceux-ci à fournir des réponses auto-rapportées et de la grande place que prend le milieu familial chez les personnes de cette tranche d'âge (Carter et al., 2004; Roskam, Meunier, Mouton, & Vassard, 2009).

Enfin, trois autres caractéristiques permettent chacune l'obtention d'un point relatif au score de qualité méthodologique, soit 1) l'utilisation d'un devis longitudinal (vs transversal), le premier informant sur la capacité d'établir un lien prédictif entre les

pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant, 2) la capacité des analyses à tenir compte des interactions entre les variables via des analyses multivariées (vs univariées) et 3) la présence d'une puissance statistique suffisante (au-delà de 0.80) pour détecter un lien entre la variable indépendante et dépendante. Cette puissance statistique a été calculée à partir de la taille d'effet observée par les auteurs. Chacun des critères rencontrés valait un score d'un point.

Résultats

Ce chapitre sur les résultats comporte trois sections, soit les caractéristiques méthodologiques, la qualité méthodologique des études et enfin, les résultats.

Caractéristiques méthodologiques

Cette section a pour objectif de présenter les populations à l'étude dans les études primaires. Les instruments de mesure utilisés seront également abordés. Enfin, les variables de contrôles seront présentées afin d'exposer les variables ayant été considérées pour minimiser les biais dans l'estimation de la relation entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire.

Description des échantillons des études

Des échantillons populationnels ont été utilisés dans 10 des 14 études (Asbury, Dunn, Pike, & Plomin, 2003; Briggs-Gowan et al., 2015; Dougherty et al., 2013; Edwards, Rapee, & Kennedy, 2010; Fliek, Daemen, Roelofs, & Muris, 2015; Hopkins, Lavigne, Grouze, LeBailly, & Bryant, 2013; Huang, Cheng, Calzada, & Brotman, 2012; Meyer et al., 2015; Thirlwall & Creswell, 2010; Vreeke, Muris, Mayer, Huijding, & Rapee, 2013). Quatre sont catégorisées comme étant des échantillons à risque, soit parce qu'ils sont composés d'enfants se situant à un écart-type au-dessus de la moyenne au score d'inhibition comportementale (Hudson, Dodd, & Bovopoulos, 2011; Lazarus et al., 2016)

ou qu'ils sont composés d'enfants présentant des symptômes cliniques ou sous-cliniques au *Strenghts and difficulties questionnaire* (Otto et al., 2015; Wichstrom, Belsky, & Berg-Nielsen, 2013). Les études ont été essentiellement réalisées auprès d'enfants en provenance de l'Europe (Asbury et al., 2003; Otto et al., 2015; Thirlwall & Creswell, 2010; Vreeke et al., 2013; Wichstrom et al., 2013) et des États-Unis (Briggs-Gowan et al., 2015; Dougherty et al., 2013; Hopkins et al., 2013; Huang et al., 2012; Meyer et al., 2015), bien que trois études proviennent d'Australie (Edwards et al., 2010; Hudson et al., 2011; Lazarus et al., 2016). Ceux-ci ont été majoritairement recrutés via des classes préscolaires, bien que d'autres moyens de recrutement tels que les cabinets pédiatriques, l'utilisation de listes commerciales et la publicité dans des revues pour parents aient aussi été utilisés. Les échantillons sont tous mixtes et le ratio garçons-filles avoisine le 50 %. L'étude d'Asbury et al. (2003), est la seule qui soit constituée d'une forte majorité de garçons (73 %). Les enfants sont âgés entre 3,5 et 5,9 ans au moment du recrutement et leur nombre varie grandement d'une étude à l'autre (entre 24 et 4706 enfants participants).

Description des instruments de mesure utilisés

Cette section présentera la nature des variables à l'étude et abordera l'opérationnalisation des pratiques parentales et de l'anxiété dans les études primaires.

Nature des variables à l'étude. Les pratiques parentales incluent la relation parent-enfant et les pratiques éducatives. Deux études ont évalué seulement la relation

parent-enfant (Lazarus et al., 2016; Wichstrom et al., 2013), quatre études ont seulement considéré les pratiques éducatives (Briggs-Gowan et al., 2015; Edwards et al., 2010; Thirlwall & Creswell, 2010; Vreeke et al., 2013), deux ont évalué la relation parent-enfant et les pratiques éducatives de façon distincte (Asbury et al., 2003; Fliek et al., 2015). Cinq études ont évalué en un score global la relation parent-enfant et les pratiques éducatives, sans égard aux dimensions (Dougherty et al., 2013; Hopkins et al., 2013; Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Meyer et al., 2015). Enfin, une étude a considéré les pratiques éducatives parentales, la relation parent-enfant ainsi qu'un score global de pratiques parentales (Otto et al., 2015).

Quant à l'anxiété, quatre études ont adopté une approche exclusivement diagnostique (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015; Otto et al., 2015; Wichstrom et al., 2013), c'est-à-dire qu'elles ont établi la présence ou l'absence d'un trouble anxieux à partir de variables dichotomiques, alors que six autres ont privilégié une approche dimensionnelle situant l'anxiété sur un continuum en utilisant des variables continues (Asbury et al., 2003; Briggs-Gowan et al., 2015; Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Hopkins et al., 2013; Thirlwall & Creswell, 2010). Les quatre autres études ont évalué l'anxiété selon les deux approches (Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Lazarus et al., 2016; Vreeke et al., 2013). Le Tableau 1 permettra au lecteur d'obtenir un résumé des différentes caractéristiques méthodologiques des études, tant sur le plan des instruments de mesure que sur le plan des échantillons.

Tableau 1

Caractéristiques méthodologiques des études sélectionnées

Étude	Description de l'échantillon				Pratiques parentales				Anxiété						
	N enfants	Âge (M)	% filles	Échantillon			Instrument		Dimensions évaluées		Instrument		Approche		
				Clinique	Populationnel	À risque			Relation parent-enfant	Pratiques éducatives	Relation parent-enfant et pratiques éducatives			Diagnostic	Continuum
Asbury et al. (2003)	4706	n.s.	27,0		x		Questionnaire maison; Parental feelings questionnaire (modif)		x	x		SDQ			x
Briggs-Gowan et al. (2015)	218	4,7	51,0		x		CTSPC (modif)			x		PAPA; Anx-DOS; TSCYC			x
Dougherty et al. (2013)	541	3,6	45,7		x		PSDQ; Teaching task battery (modif)		x		x	PAPA		x	
Edwards et al. (2010)	638	4,0	49,7		x		POM			x		PAS-R			x
Fliek et al. (2015)	105	4,3	41,9		x		PPCQ; POM		x	x		PAS-R			x
Hopkins et al. (2013)	796	4,44	50,9		x		PBI; Three boxes task		x		x	DISC-YC, CSI			x
Huang et al. (2012)	101	4,2	50,0		x		RTCE; Child-parent relationship scale; Criticism		x		x	PAS, BASC-2		x	x
Hudson et al. (2011)	202	4,0	50,0			x	PPS; FMSS, Speech preparation task		x		x	ADIS-P-IV; PAS		x	x

Tableau 1

Caractéristiques méthodologiques des études sélectionnées (suite)

Étude	Description de l'échantillon				Pratiques parentales				Anxiété			
	N enfants	Âge (M)	% filles	Échantillon		Instrument	Dimensions évaluées			Instrument	Approche	
				Clinique	Populationnel À risque		Relation parent-enfant	Pratiques éducatives	Relation parent-enfant et pratiques éducatives		Diagnostic	Continuum
Lazarus et al. (2016)	164	4,0	56,1		x	CPBQ	x			ADIS-P-IV; PAS	x	x
Meyer, et al. (2015)	280	3,5 (T1); 6,1 (T2)	51,4	x		PSDQ; Teaching task battery (modif)	x		x	PAPA	x	
Otto et al. (2015)	176	5,9	52,3		x	GEAPQ-P-ES	x	x	x	ePAPA	x	
Thirlwall & Creswell (2010)	24	n.s.	58,33	x		POM, Observational coding schemes		x		Mesure d'observation (maison)		x
Vreeke et al. (2013)	168	4,5, (T1); 5,5 (T2)	46,4	x		POM		x		PAS-R, ADIS-P	x	x
Wichstrom et al. (2013)	797	4,4 (T1); 6,4 (T2)	n.s.		x	EA	x			PAPA	x	

n.s. = non spécifié; modif = version modifiée.

Instruments de mesure pour l'anxiété: ADIS-P-IV = Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV, parent version ; PAPA = Preschool age psychiatric assessment; SDQ = Strength and difficulties questionnaire; Anx-DOS = Anxiety dimensional observation scale; PAS-R = Preschool anxiety scale-revised ; DISC-YC = Diagnostic interview schedule for children-parent scale-young children version ; CSI = Child symptom inventory; BASC-2 = Behavioral assessment system for children, 2nd edition, preschool version; PAS = Preschool anxiety scale; TSCYC = Trauma symptom checklist for young children; ePAPA = preschool age psychiatric assessment, german version; Instruments de mesure pour les pratiques parentales: PSDQ = parenting styles and dimension questionnaire; POM = Parental overprotection measure; PPCQ = Parental play and care questionnaire; PBI = Parent behavior inventory; RTCE = Responses to children and emotion questionnaire; PPS = Parent protection scale; FMSS = Five minutes speech sample; CPBQ = Challenging parenting behavior questionnaire; GEAPQ-P-ES = Alabama parenting questionnaire, german version; EA = Emotional availability scale; CTSPC = Conflicts tactics scale parent-child; PPCQ = Parental play and care questionnaire.

Opérationnalisation des pratiques parentales. Tous les auteurs s'étant penchés sur la supervision parentale (Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Vreeke et al., 2013), à l'exception de Thirlwall et Creswell (2010) ont évalué la supervision sous l'angle de la surprotection parentale, qui consiste en la tendance du parent à être sur-concerné par la sécurité et la santé de son enfant, à l'avertir de tous dangers mineurs, à répondre de façon démesurée quand il est anxieux en lui permettant notamment d'éviter les situations ambiguës (Bögels & van Melik, 2004). En ce qui concerne la discipline, les auteurs des études l'ont mesuré en regard de différents paramètres. Asbury et al. (2003) ont évalué la discipline selon la dureté de son application (p. ex., frapper ou crier). Briggs-Gowan et al. (2015) ont plutôt évalué la discipline en fonction de la probabilité d'exposition à une discipline sévère sans violence physique importante, mais aussi en fonction de la probabilité d'abus, qui implique l'utilisation de la violence verbale et d'une violence physique importante.

La relation parent-enfant constitue la dimension la plus étudiée. Elle a été évaluée dans la presque totalité des études (11 sur 15) et a été conceptualisée de maintes façons. Elle a été conceptualisée sous l'angle de l'hostilité parentale (Dougherty et al., 2013; Hopkins et al., 2013; Meyer et al., 2015; Wichstrom et al., 2013) et du soutien parental (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015). L'hostilité parentale fait référence à l'expression de la colère, de la frustration et de critiques à l'endroit de l'enfant, alors que le soutien parental consiste à soutenir émotionnellement son enfant et à lui porter un regard positif (Meyer et al., 2015). D'autres auteurs ont préféré aborder la relation parent-enfant

en évaluant la tendance du parent à soutenir l'autonomie et l'exploration de l'enfant. Lazarus et al. (2016) ont donc évalué les interactions challengeantes, qu'ils définissent comme des interactions dans lesquelles le parent encourage son enfant à s'affirmer, à prendre des risques et à explorer dans un climat affectif positif. Fliek et al. (2015) ont fait de même en identifiant des variables plus précises. D'abord, ils se sont penchés sur le *Rought-and-tumble play*, défini par Pellegrini (1995) comme un type de jeu physique partagé avec l'enfant dans un climat positif et impliquant des comportements comme sauter et se chamailler. Ils ont également évalué la tendance du parent à challenger et à encourager l'enfant face à de nouvelles expériences ainsi que les soins concrets et affectifs offerts à l'enfant (*caring*). Hudson et al. (2011) se sont aussi intéressés au climat affectif de l'interaction en se penchant sur une variable qui inclut les affects positifs du parent et les encouragements offerts à l'enfant.

D'autres auteurs ont préféré évaluer la relation parent-enfant en évaluant les sentiments négatifs ressentis et exprimés par le parent dans ses interactions avec l'enfant (Asbury et al., 2003), les conflits parents-enfants ainsi que la tendance du parent à dénigrer son enfant en le comparant à d'autres (Huang et al., 2012). Plus encore, une étude a utilisé une variable de surengagement parental, défini comme la tendance du parent à influencer l'attitude de l'enfant et la façon dont il se comporte (Otto et al., 2015). Enfin, Wichstrom et al. (2013) ont aussi utilisé une variable qui évaluait à la fois la sensibilité parentale et la façon dont le parent soutient l'enfant dans ses activités.

Certaines variables évaluées par les auteurs faisaient référence à la fois aux pratiques éducatives et à la relation parent-enfant et ont donc été classées comme un score global de pratiques parentales. C'est le cas de Dougherty et al. (2013) et de Meyer et al. (2015) qui ont évalué les styles parentaux (démocratique, autoritaire et permissif) qui se distinguent par des niveaux de contrôle et de chaleur relationnelle différents. Huang et al. (2012) a également utilisé une variable nommée *negative emotion socialization*, qui évalue la fréquence à laquelle le parent néglige les émotions négatives exprimées par l'enfant (relation parent-enfant) ou y répond par la punition (discipline). Otto et al. (2015), de leur côté, ont utilisé une variable évaluant la discipline inconstante, l'engagement parental, les styles parentaux et les comportements de soutien. Hopkins et al. (2013), quant à eux, se sont penchés sur le soutien à l'apprentissage, qui évalue à la fois l'habileté du parent à encadrer l'enfant dans une tâche complexe, le respect pour l'autonomie et la qualité de l'interaction parent-enfant. Enfin, Hudson et al. (2011) ont utilisé une variable de surengagement, représentant le degré d'aide apporté à l'enfant durant une tâche. Bien que l'engagement fasse généralement référence à la dimension de la relation parent-enfant, le surengagement tel que mesuré par Hudson et al. (2011) inclut également des aspects de la supervision.

Opérationnalisation de l'anxiété. L'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire a été évaluée selon une approche diagnostique ou une approche continuum. Les études ayant évalué l'anxiété sur un score continu l'ont fait en incluant différents symptômes de troubles anxieux. Fliek et al. (2015), Edwards et al. (2010) et Vreeke et al. (2013) ont créé

leur score global d'anxiété en combinant les symptômes relatifs à l'anxiété sociale, à l'anxiété de séparation, au trouble obsessionnel compulsif, à l'anxiété généralisée et aux peurs spécifiques. De leur côté, Lazarus et al. (2016) ainsi que Hudson et al. (2011) ont inclus dans leur score global les mêmes sous-dimensions, en remplaçant cependant les symptômes de peurs spécifiques par une échelle de symptômes de peur des blessures physiques. Briggs-Gowan et al. (2015) ont plutôt choisi de composer leur score global d'anxiété par une moyenne des symptômes de trouble panique, de phobie sociale, d'anxiété de séparation et d'agoraphobie. Huang et al. (2012) ont préféré composer leur score d'anxiété global à partir de symptômes relatifs à l'anxiété généralisée, à l'anxiété sociale, à la peur des blessures physiques et à partir d'une mesure d'anxiété non spécifiée. Hopkins et al. (2013) ont créé leur score global à partir de symptômes relatifs à l'anxiété généralisée et à l'anxiété de séparation seulement, alors qu'Asbury et al. (2003) ont utilisé un instrument visant à évaluer les symptômes anxieux généraux. Enfin, Thirlwall et Creswell (2010) ont utilisé une mesure d'observation visant à évaluer des comportements associés à l'anxiété.

Certains auteurs se sont également penchés sur des symptômes d'anxiété spécifique. Briggs-Gowan et al. (2015) ainsi que Huang et al. (2012) se sont tous les deux intéressés aux symptômes du trouble d'anxiété généralisé. Les premiers ont également évalué les symptômes relatifs à la phobie spécifique, alors que les deuxièmes ont évalué les symptômes reliés à la peur des blessures physiques.

Certains auteurs ont également statué sur la présence ou l'absence d'un des troubles anxieux répertoriés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V) (APA, 2013). Hudson et al. (2011) et Lazarus et al. (2016) ont investigué la présence des diagnostics suivants: anxiété de séparation, trouble d'anxiété généralisée, phobie sociale, phobie spécifique, trouble obsessionnel-compulsif. Wichstrom et al. (2013) et Otto et al. (2015) ont évalué les mêmes troubles anxieux, mais en excluant de leur mesure le trouble obsessionnel-compulsif. Meyer et al. (2015) se sont intéressés aux mêmes troubles anxieux que Hudson et al. (2011) et Lazarus et al. (2016), mais y ont ajouté l'agoraphobie. Dougherty et al. (2013) sont ceux ayant évalué le plus de troubles anxieux, soient la phobie spécifique, l'anxiété de séparation, le trouble d'anxiété généralisée, l'agoraphobie, le mutisme sélectif et le trouble panique. Enfin, Huang et al. (2012) sont les seuls à avoir évalué uniquement la présence d'un trouble anxieux non spécifié.

Variables de contrôles

La plupart des études ont utilisé des variables contrôles, le nombre de celles-ci variant entre 0 et six. Quatre variables sont utilisées comme variables contrôles dans plus d'une étude, soit l'âge de l'enfant (Briggs-Gowan et al., 2015; Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015), le sexe de l'enfant (Briggs-Gowan et al., 2015; Fliek et al., 2015), l'anxiété de l'enfant au premier temps de mesure (Edwards et al., 2010; Vreeke et al., 2013; Wichstrom et al., 2013) et son tempérament (Edwards et al., 2010; Hopkins et al., 2013; Hudson et al., 2011).

Description de la qualité méthodologique des études recensées

Dans les prochains paragraphes, l'évaluation de la qualité méthodologique des études recensées sera présentée afin de situer les études selon leur qualité et leur rigueur. La qualité méthodologique des études, évaluée à partir des neuf critères, est présentée au Tableau 2. Chacun des critères sera abordé.

Critères 1 et 2 : Propriétés psychométriques vérifiées pour l'anxiété et les pratiques parentales. Le critère le plus souvent rencontré (12 des 14 études) renvoie à l'utilisation d'instruments de mesure dont les propriétés psychométriques ont été vérifiées pour l'évaluation de l'anxiété de l'enfant. À titre informatif, il est intéressant de constater que certains instruments de mesure sont utilisés dans plusieurs études et que ceux-ci sont des outils standardisés. C'est notamment le cas du *Preschool Age psychiatric Assessment* (PAPA), utilisé à quatre reprises (Briggs-Gowan et al., 2015; Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015; Wichstrom et al., 2013), du *Preschool anxiety scale-revised* (PAS-R), utilisé dans trois études différentes (Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Vreeke et al., 2013) et du *Preschool anxiety scale* (PAS), utilisé également dans trois études différentes (Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Lazarus et al., 2016).

Pour les pratiques parentales, l'utilisation d'instruments de mesure dont les propriétés psychométriques ont été vérifiées est aussi un critère fréquemment rencontré (11 des 14 études). À nouveau, certains instruments de mesure ont été utilisés dans plus

d'une étude. C'est le cas du *Parental overprotection measure* (POM) et du *Parenting style and dimension questionnaire* (PSDQ), deux outils standardisés ayant été utilisés respectivement à quatre reprises (Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Thirlwall & Creswell, 2010; Vreeke et al., 2013) et deux reprises (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015). Bien que non standardisé, une version modifiée du *Teaching task battery* fut aussi utilisée dans deux études (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015).

Tableau 2
Qualité méthodologique des études sélectionnées

	Mesure des PP			Mesure de l'anxiété			Devis	Types d'analyses	Puissance statistique*	Force méthodologique
	Instrument	Répondant à la mesure	Validation	Instrument	Répondant à la mesure	Validation				
Asbury et al. (2003)	Q (2x)	P/M	0/2	Q	P/M	1/1	T	U-M	0.99	3/9
Briggs-Gowan et al. (2015)	Q	M	1/1	O, E, Q	M	3/3	T	M	0.60	4/9
Dougherty et al. (2013)	O, Q	P+M	1/2	E	P/M	1/1	T	U-M	0.55	5/9
Edwards et al. (2010)	Q	P+M	1/1	Q	P+M	1/1	L	M	0.25	6/9
Fliek et al. (2015)	Q (2x)	P+M	1/2	Q	P+M	1/1	T	U-M	0.14	5/9
Hopkins et al. (2013)	O, Q	P/M	1/2	O, Q	P/M	2/2	T	U	1.00	5/9
Huang et al. (2012)	Q (3x)	P/M	1/3	Q (2x)	P/M	2/2	T	M	0.81	4/9
Hudson et al. (2011)	Q, O, E	M	2/3	Q, E	M	2/2	T	M	0.89	6/9
Lazarus et al. (2016)	Q	P+M	1/1	Q, E	M	2/2	T	M	0.65	5/9
Meyer et al. (2015)	Q, O	P/M	1/2	E	P/M	1/1	L	U	0.85	5/9
Otto et al. (2015)	Q	P+M	0/1	E	P/M	0/1	T	U-M	0.95	3/9
Thirlwall & Creswell (2010)	Q, O	M	1/2	O	M	0/1	T	M	0.14	3/9
Vreeke et al. (2013)	Q	P/M	1/1	Q, E	P/M	2/2	L	M	0.54	5/9
Wichstrom et al. (2013)	O	P/M	0/1	E	P/M	1/1	L	M	---	3/8

Type d'instrument de mesure : Q = Questionnaire; O = Mesure d'observation; E = Entretien ; P = Père; M = Mère; P/M = Père ou mère; P+M = Père et mère

Devis : L = Devis longitudinal; T = Devis transversal;

Type d'analyses : U = Stratégie d'analyse statistique univariée; M = Stratégie d'analyse statistique multivariée

¹ Comme on retrouve fréquemment plusieurs tests statistiques afin de répondre aux objectifs, la puissance statistique rapportée est la plus faible valeur obtenue.

² La puissance statistique ne peut être calculée lors d'analyses statistiques multivariées.

--- La puissance statistique n'a pu être calculée en raison de données manquantes.

***La puissance statistique fut calculée à partir de la taille d'effet donnée par les auteurs.**

Critère 3 : Utilisation d’analyses multivariées. L’autre critère fréquemment rencontré réfère à l’utilisation d’analyses multivariées puisque huit études utilisent uniquement des analyses de types multivariées (Briggs-Gowan et al., 2015; Edwards et al., 2010; Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Lazarus et al., 2016; Thirlwall & Creswell, 2010; Vreeke et al., 2013; Wichstrom et al., 2013), alors que quatre les combinent à des stratégies univariées (Asbury et al., 2003; Dougherty et al., 2013; Fliek et al., 2015; Otto et al., 2015). Ainsi, la presque totalité des études (12 sur 14) tient compte de l’interaction entre les différentes variables indépendantes.

Critères 4 et 5 : Utilisation d’une modalité multi-répondant pour l’anxiété et pour les pratiques parentales. L’utilisation d’une modalité multi-répondant pour l’évaluation de l’anxiété est le critère le moins souvent rencontré. En effet, seulement deux études (Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015) ont sondé plus d’un parent. Quant à l’utilisation d’une modalité multi-répondant dans l’évaluation des pratiques parentales, le critère a été satisfait à cinq reprises (Dougherty et al., 2013; Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Lazarus et al., 2016; Otto et al., 2015).

Critères 6 et 7 : Utilisation d’une modalité multi-méthode pour l’anxiété et pour les pratiques parentales. Lorsqu’il est question de combiner des types de méthodes d’évaluation de l’anxiété, le critère a été satisfait à cinq reprises. Plus précisément, trois études ont utilisé un questionnaire et un entretien (Hudson et al., 2011; Lazarus et al.,

2016; Vreeke et al., 2013). Hopkins et al. (2013) ont combiné une mesure d'observation et un questionnaire, alors que Briggs-Gowan et al. (2015) ont combiné l'utilisation d'un questionnaire, d'un entretien et d'une mesure d'observation de l'enfant.

Quant à l'évaluation des pratiques parentales, la modalité multi-méthode a été rencontrée dans cinq études. Dougherty et al. (2013), Hopkins et al. (2013), Meyer et al. (2015), ainsi que Thirlwall et Creswell (2010) ont effectivement combiné un questionnaire et une mesure d'observation. Seuls Hudson et al. (2011) ont utilisé trois types de méthodes, soient le questionnaire, l'observation et l'entretien auprès du parent.

Les études ayant utilisé plusieurs méthodes d'évaluation sont moins à risque de présenter des biais relatifs à l'utilisation d'un seul instrument de mesure. Par exemple, les réponses d'un seul parent sont plus à risque de distorsions parentales affectant la validité des réponses obtenues.

Critère 8 : Utilisation d'un devis longitudinal. Quatre études ont utilisé un devis longitudinal permettant d'établir un lien prédictif entre les pratiques parentales et l'anxiété chez l'enfant (Edwards et al., 2010; Meyer et al., 2015; Vreeke et al., 2013; Wichstrom et al., 2013).

Critère 9 : Une puissance statistique suffisante. Enfin, seulement 6 études sur 13 ont rencontré une puissance statistique suffisante (soit au-delà de 0.80) pour détecter

un lien entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant (Asbury et al., 2003; Hopkins et al., 2013; Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Meyer et al., 2015; Otto et al., 2015). Ainsi, dans la majorité des études, soit la taille d'effet donnée dans les études primaires ou la taille de l'échantillon n'étaient pas suffisantes pour permettre de détecter un lien. Il est à noter qu'il n'a pas été possible de calculer la puissance statistique pour l'étude de Wichstrom et al. (2013) en raison de données manquantes nécessaires au calcul.

En somme, un score continu de force méthodologique a été tiré pour chacune des études, variant entre 3/9 (Asbury et al., 2003; Otto et al., 2015; Thirlwall & Creswell, 2010) et 6/9 (Edwards et al., 2010). Il est observé que pour un même score de qualité méthodologique, les études satisfont toutes des critères différents, ce qui met en évidence la nécessité de comparer les études au-delà du score de qualité méthodologique obtenu.

Résultats des analyses

Les prochaines sections présenteront les liens entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire observés dans les différentes études recensées. Tout d'abord, les résultats des analyses univariées seront présentés. Suivront ensuite les résultats des analyses multivariées. Finalement, la variance de l'anxiété de l'enfant expliquée par les pratiques parentales dans les études primaires sera abordée.

Résultats des analyses univariées

Dans les paragraphes suivants, les résultats des analyses univariées ayant vérifié le lien entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant seront présentés. Chaque dimension des pratiques parentales sera abordée alternativement. Enfin, les résultats relatifs à un score global des pratiques parentales seront exposés. Le Tableau 3 résume les résultats des analyses univariées.

Tableau 3

Liens univariés entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire

		Score global d'anxiété	Présence/absence d'un dx de troubles anxieux	Symptômes TAG	Symptômes anxiété sociale	Symptômes peur des blessures physiques
Pratiques éducatives parentales	Supervision	Fliek et al. (+, n.s) Vreeke et al. (+ ^{4x} , n.s. ^{4x})	--	--	Vreeke et al. (n.s ^{8x})	--
	Discipline	Asbury et al. (n.s. ^{5x})	Otto et al. (sign ^{2x} , n.s. ^{2x})	--	--	--
Sphère affective	Relation parent-enfant	Asbury et al. (+ ^{5x}) Fliek et al. (+, n.s ^{5x}) Lazarus et al. (- ^{2x}) *	Dougherty et al. (sign, n.s. ^{2x}) Meyer et al. (n.s. ^{2x}) Otto et al. (sign, n.s. ^{2x})	--	--	--
Score global qualité des pratiques parentales		--	Dougherty et al. (sign ^{3x} , n.s. ^{3x}) Meyer et al. (sign ^{2x} ; n.s.)	--	--	--

Note. (+) lien positif significatif à $p < 0,05$; (-) lien négatif significatif à $p < 0,05$; (n.s.) lien non significatif $p > 0,05$.

*Relation inverse

L'exposant réfère au nombre de résultats

Pratiques éducatives parentales : supervision. Deux études se sont penchées sur le lien entre l'anxiété de l'enfant et la supervision parentale. Fliek et al. (2015) ainsi que Vreeke et al. (2013) ont réalisé plusieurs analyses univariées. Ils ont observé quelques relations entre les deux. En effet, Fliek et al. (2015) ont observé que plus la mère surprotège son enfant, plus celui-ci présente des symptômes anxieux, ce qui n'est pas le cas pour la surprotection des pères. De leur côté, Vreeke et al. (2013) se sont intéressés au lien entre la surprotection parentale et le niveau d'anxiété de l'enfant à deux reprises, à 12 mois d'intervalle, auprès d'enfants natifs ou non du pays où se déroule l'étude (Pays-Bas). Chez ceux qui ne sont pas nés dans le pays de l'étude, plus les parents surprotègent l'enfant lorsqu'il est âgé de quatre ans et demi ou de cinq ans et demi, plus il présente d'anxiété à cinq ans et demi. Quant aux enfants natifs des Pays-Bas, plus leurs parents les surprotègent lorsqu'ils sont âgés de quatre ans et demi ou de cinq ans et demi, plus ils présentent d'anxiété à quatre ans et demi. Les auteurs se sont également intéressés au lien entre la surprotection parentale et l'anxiété sociale de l'enfant, mais aucune des corrélations testées n'a atteint le seuil de signification. Ainsi, les résultats des différentes études suggèrent la présence d'une relation entre la supervision parentale et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire.

Pratiques éducatives parentales : discipline. La dimension de la discipline a fait l'objet d'analyses univariées dans deux études (Asbury et al., 2003; Otto et al., 2015). Asbury et al. (2003) ont mesuré la dureté de la discipline parentale et le niveau d'anxiété de deux jumeaux monozygotes. Ils se sont ensuite intéressés à la différence de score entre le premier et le deuxième enfant afin de vérifier le lien entre la discipline parentale et

l'anxiété. La relation n'a pas atteint le seuil de signification. De son côté, Otto et al. (2015) ont relevé que plus d'inconstance dans la discipline parentale est liée à la présence d'un trouble anxieux chez l'enfant. En effet, la discipline inconstante des pères est plus élevée chez les enfants avec un trouble anxieux que chez les enfants sans trouble psychologique. Le niveau d'inconstance des mères quant à lui, est plus élevé chez les enfants avec une combinaison de troubles anxieux et de dépression que chez les enfants sans ces troubles.

Relation parent-enfant. Six études se sont intéressées au lien univarié entre la relation parent-enfant et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire (Asbury et al., 2003; Dougherty et al., 2013; Fliek et al., 2015; Lazarus et al., 2016; Meyer et al., 2015; Otto et al., 2015). Alors que certains résultats démontrent que des interactions parents-enfants positives sont associées à moins d'anxiété chez l'enfant, d'autres analyses n'ont pas relevé cette relation. Les trois études ayant utilisé un score global d'anxiété ont démontré une corrélation significative entre la qualité relationnelle parent-enfant et l'anxiété de l'enfant (Asbury et al., 2003; Fliek et al., 2015; Lazarus et al., 2016). Par exemple, Asbury et al. (2003), qui s'intéressent à la relation entre les sentiments parentaux négatifs et l'anxiété de l'enfant, rapportent que chez les paires de jumeaux monozygotes, plus la différence de sentiments parentaux négatifs est grande entre les deux enfants, plus la différence d'anxiété l'est également, et ce, tant chez les garçons que chez les filles. Cela permet de mettre en évidence qu'en maintenant stable des variables appartenant à l'environnement de l'enfant, plus de sentiments parentaux négatifs sont reliés à une plus grande anxiété chez l'enfant.

Lazarus et al. (2016) de leur côté, démontrent aussi que des interactions dites « challengeantes », soit des interactions dans lesquelles le père ou la mère encourage son enfant à s'affirmer, prendre des risques, explorer et se permet de le taquiner, sont associées à un niveau d'anxiété plus faible chez l'enfant. Enfin, Fliek et al. (2015) rapportent une relation positive entre le fait de prendre soin de son enfant (*caring*) chez la mère et l'anxiété de son enfant. Les auteurs de l'étude expliquent que les mères puissent présenter plus de comportements de « prendre soin » (*caring*) lorsqu'elles observent que leur enfant est plus fréquemment ou intensément anxieux.

Fliek et al. (2015) n'ont pas relevé de relation entre le niveau de *rough-and-tumble-play* et l'anxiété de l'enfant. Également, si les résultats de Lazarus et al. (2016) ont révélé une relation significative entre des interactions challengeantes et l'anxiété de l'enfant, Fliek et al. (2015) n'ont pas observé de relations pour cette même variable. Cette différence de résultat entre les deux études pourrait s'expliquer par une opérationnalisation trop étroite de cette dernière variable (Fliek et al., 2015). En effet, l'instrument utilisé par Fliek et al. (2015) n'inclut pas, par exemple, l'encouragement à la prise de risque tel qu'inclus dans la mesure de Lazarus et al. (2016). De plus, Fliek et al. (2015) ont mesuré le niveau de challenge et d'encouragements par l'entremise de quatre items d'un instrument de mesure, alors que Lazarus et al. (2016) ont utilisé un questionnaire de 43 items. Ceci indique que des caractéristiques méthodologiques telles que l'opérationnalisation des variables et l'instrument de mesure utilisé nuancent les résultats obtenus.

Enfin, trois des études ayant étudié la relation parent-enfant ont mesuré l'anxiété via une variable catégorielle, soit selon la présence ou l'absence d'un trouble anxieux (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015; Otto et al., 2015). Les résultats sont convergents et démontrent l'absence de relation entre l'hostilité parentale et la présence d'un trouble anxieux (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015). Cependant, les résultats diffèrent lorsqu'il est question de soutien parental. Si Meyer et al. (2015) n'ont pas révélé de relation significative avec l'anxiété, Dougherty et al. (2013) observent que les parents d'enfants avec trouble anxieux offrent moins de soutien que les parents d'enfants sans troubles anxieux. De leur côté, Otto et al. (2015) ont également trouvé que le surengagement parental de la mère, décrit comme sa tendance à influencer l'attitude de l'enfant et la façon dont il se comporte avec autrui, est plus élevé chez les enfants avec un trouble anxieux (dépression comorbide) que chez les enfants sans trouble psychologique. Ce lien n'est plus présent lorsqu'ils comparent des enfants avec trouble anxieux seulement à d'autres ayant aussi une dépression et à ceux n'ayant aucun trouble psychologique.

Score global des pratiques parentales. Deux études recensées ont vérifié l'association entre les styles parentaux et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire par l'entremise de test-t ou de corrélations (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015). Dans les deux études, les styles parentaux ont été mesurés avec le même questionnaire, mais Dougherty et al. (2013) ont sondé les pères et les mères de l'enfant alors que Meyer et al. (2015) n'ont fait appel qu'à un seul des parents. Selon les deux études, les parents d'enfants avec un trouble anxieux se disent plus permissifs que ceux qui ont un enfant

sans trouble anxieux. Ils ne se perçoivent toutefois pas comme étant plus démocratiques. Cependant, Dougherty et al. (2013) démontrent que les mères d'enfants avec un trouble anxieux se disent plus autoritaires que les mères d'enfants sans trouble anxieux, ce qui n'est pas le cas des pères. Meyer et al. (2015), de leur côté, ont évalué la présence ou l'absence d'un trouble anxieux chez l'enfant, six ans après avoir évalué le style parental d'un de ses parents et mentionne que les enfants avec un diagnostic de trouble anxieux avaient des parents plus autoritaires lors du premier temps de mesure que les enfants sans trouble anxieux. En somme, bien que très peu d'études se soient intéressées au lien entre la qualité globale des pratiques parentales et l'anxiété du jeune enfant, les résultats démontrent un lien significatif entre ces deux variables.

Résultat des analyses multivariées

Le Tableau 4 résume les résultats des analyses multivariées des études retenues. Dans les sections suivantes, les résultats seront présentés en fonction du type de conceptualisation de l'anxiété : score global d'anxiété, présence/absence d'un diagnostic, symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG), symptômes d'anxiété sociale, symptômes de peur des blessures physiques, symptômes de phobie spécifique.

Tableau 4

Liens multivariés entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant

		Score global d'anxiété	Présence/absence dx trouble anxieux	Symptômes TAG	Symptômes anxiété sociale	Symptômes peur des blessures physiques	Symptômes de phobie spécifique
Pratiques éducatives parentales	Supervision	Fliek et al. (+, n.s.) Edwards et al. (+ ^{2x}) Thirlwall & Creswell (sign) Vreeke et al. (+ ^{5x} , n.s. ^{1x})		--	Vreeke et al. (n.s. ^{6x})	--	--
	Discipline	Asbury et al. (-) Briggs-Gowan et al. (n.s. ^{2x})	Otto et al. (+, n.s.)	Briggs-Gowan et al. (+, n.s.)	--	--	Briggs-Gowan et al. (+ ^{2x})
Sphère affective	Relation parent-enfant	Asbury et al. (+) Fliek et al. (+, n.s. ^{5x}) Huang et al. (+, n.s.) Hudson et al. (+) Lazarus et al. (- ^{2x})* Hopkins et al. (+)	Dougherty et al. (n.s.) Huang et al. (n.s. ^{2x} ,) Hudson et al. (n.s.) Lazarus et al. (-, n.s.)* Otto et al. (+, n.s.) Wichstrom et al. (n.s. ^{4x})	Huang et al. (+, ns)	Huang et al. (n.s. ^{2x})	Huang et al. (n.s. ^{2x})	
	Score global qualité des pratiques parentales	Hopkins et al. (n.s. ^{2x}) Huang et al. (n.s.) Hudson et al. (n.s.)	Dougherty et al. (n.s. ^{2x}) Huang et al. (n.s. ^{2x}) Hudson et al. (n.s.) Otto et al. (sign ^{2x})	Huang et al. (+)	Huang et al. (n.s.)	Huang et al. (n.s.)	

Note. (+) lien positif significatif à $p < 0,05$; (-) lien négatif significatif à $p < 0,05$; (n.s.) lien non significatif $p > 0,05$.

*Relation inverse

Pratiques parentales associées au score global d'anxiété. Les liens entre la supervision et l'anxiété en général ont été vérifiés par Edwards et al. (2010), Thirlwall et Creswell (2010), ainsi que Vreeke et al. (2013), sans égard aux autres pratiques parentales. Tout d'abord, Edwards et al. (2010) ont testé deux modèles à partir d'équations structurales, le premier permettant entre autres de vérifier le lien de l'anxiété de l'enfant avec la surprotection maternelle et l'autre, le lien avec la surprotection paternelle et ce, en contrôlant pour la surprotection au premier temps de mesure, les événements de vie dans les 12 mois précédents, l'âge de l'enfant et son anxiété au premier temps de mesure. Ils ont relevé que plus de comportements de surprotection maternelle prédit un niveau plus élevé d'anxiété chez l'enfant 12 mois plus tard. Il en est de même pour la surprotection paternelle. Vreeke et al. (2013) abondent dans le même sens, alors qu'ils se sont intéressés au lien entre la surprotection parentale et le niveau d'anxiété de l'enfant à deux reprises, soit à 12 mois d'intervalle, auprès d'enfants natifs des Pays-Bas ou d'ailleurs, en réalisant des régressions multiples hiérarchiques qui considèrent également l'inhibition comportementale. Ils démontrent que plus de comportements de surprotection parentale prédit un score plus élevé d'anxiété chez l'enfant, et ce, à quatre ans et demi comme à cinq ans et demi, peu importe si l'enfant est natif des Pays-Bas ou d'ailleurs. Cependant, lorsque les auteurs contrôlent pour l'anxiété initiale, le seuil de signification n'est plus atteint, ce qui indique que la surprotection parentale joue un rôle moins important que l'anxiété antérieure de l'enfant. Thirlwall et Creswell (2010) se sont penchés sur le lien entre la supervision maternelle et le niveau d'anxiété de l'enfant auprès de 24 enfants. Une anova factorielle mixte a permis de démontrer que lorsqu'ils étaient soumis à des comportements contrôlants, les enfants

présentaient plus d'anxiété que lorsqu'ils étaient soumis à des comportements de soutien à l'autonomie.

De leur côté, Briggs-Gowan et al. (2015) n'ont considéré que l'aspect de la discipline. Ils se sont penchés sur l'utilisation d'une discipline sévère incluant, par exemple, l'utilisation de la fessée et sur la forte probabilité d'exposition à des formes de violences verbales et physiques (abus probable) en contrôlant pour l'âge, le sexe et l'ethnie. Ni l'abus probable ni l'utilisation d'une discipline sévère ne prédisent l'anxiété de l'enfant.

Lazarus et al. (2016) ont étudié l'importance de la relation parent-enfant pour expliquer l'anxiété générale de l'enfant. Ils se sont penchés séparément sur les comportements challengeant des pères, puis des mères. Il est ressorti de leurs régressions multiples hiérarchiques qu'un plus grand nombre d'interactions challengeantes, avec le père comme avec la mère, prédit moins de symptômes anxieux chez l'enfant. Hopkins et al. (2013) ont également vérifié l'association entre la relation parent-enfant et les symptômes anxieux de celui-ci par l'entremise d'une équation structurale. Ils ont démontré que plus de soutien/engagement parental prédit plus de symptômes anxieux chez l'enfant au même temps de mesure.

Les études d'Asbury et al. (2003) et de Fliek et al. (2015) ont comme force commune d'avoir considéré dans les mêmes analyses des pratiques éducatives et la relation parent-enfant. Dans le cadre d'un devis transversal, Fliek et al. (2015) ont vérifié

la prédiction d'un score global d'anxiété chez des enfants âgés de quatre ans par des comportements du père et de la mère sur le plan de la surprotection, du *rough-and-tumble play*, des comportements challengeant et des encouragements et enfin, des soins donnés (*caring*). Pour y arriver, ils ont réalisé deux régressions multiples hiérarchiques en fonction du sexe du parent. Comme ils ont entré ces pratiques parentales dans des blocs successifs, ils montrent qu'une dimension des pratiques éducatives, soit plus de surprotection maternelle, prédit plus d'anxiété, et ce, en contrôlant pour l'âge et le sexe de l'enfant. Pour ce qui est de la dimension affective, seuls plus de comportements de *caring* de la mère prédisent plus d'anxiété chez l'enfant en plus de la surprotection maternelle, et ce, en contrôlant pour l'âge et le sexe de l'enfant, mais également l'anxiété de la mère et la surprotection. Cette relation ne s'applique pas aux comportements de surprotection paternels. Puis, Asbury et al. (2003) ont réalisé une régression multiple hiérarchique dans laquelle ils vérifiaient la valeur prédictive de deux variables sur l'anxiété globale de l'enfant. D'abord, du côté de la discipline, ils se sont penchés sur la dureté de la discipline parentale. Un score plus élevé de dureté dans la discipline parentale prédit un score global plus faible d'anxiété chez l'enfant. Enfin, d'un point de vue de la relation parent-enfant, leurs analyses suggèrent qu'un plus grand nombre sentiments parentaux négatifs prédit un score global d'anxiété plus élevé chez l'enfant.

De leur côté, Huang et al. (2012) et Hudson et al. (2011) ont considéré, dans les mêmes analyses, la relation parent-enfant ainsi qu'un score global des pratiques parentales. D'abord, Huang et al. (2012) ont vérifié la valeur prédictive de 13 variables

sur l'anxiété globale de l'enfant dans une étude transversale. Au niveau de la relation parent-enfant, ils se sont intéressés aux conflits parents-enfants et aux critiques parentales. De ces deux variables, seul un plus grand nombre de conflits parent-enfant prédit plus de symptômes anxieux chez l'enfant. Dans cette même régression, un score global des pratiques parentales fut inclus par l'entremise du *negative emotion socialization*, caractérisé par la fréquence à laquelle le parent néglige les émotions négatives exprimées par l'enfant ou y répond par la punition. Cette variable ne prédit pas l'anxiété de l'enfant. Puis, Hudson et al. (2011) ont évalué, dans une même analyse, si la négativité maternelle (relation parent-enfant) et une variable incluant le degré d'aide offert dans une tâche, les comportements surprotecteurs et la tendance à se sacrifier pour l'enfant (score global des pratiques parentales) prédisent les symptômes anxieux de l'enfant, en contrôlant l'inhibition comportementale de l'enfant. Ils ont relevé qu'un score plus élevé de négativité maternelle prédit un plus grand nombre de symptômes anxieux chez l'enfant. Ils suggèrent ainsi qu'une relation parent-enfant moins chaleureuse est associée à plus d'anxiété chez celui-ci. Leur analyse révèle également qu'une variable incluant le degré d'aide offert dans une tâche, les comportements surprotecteurs et la tendance à se sacrifier pour l'enfant ne prédit pas les symptômes anxieux de l'enfant.

Enfin, Hopkins et al. (2013) ont considéré la relation parent-enfant et un score global de pratiques parentales en s'intéressant à la fois à des dimensions appartenant aux pratiques éducatives et des dimensions appartenant à la relation parent-enfant. Avec une analyse d'équation structurale, ils ont testé la relation entre l'hostilité parentale et les

symptômes anxieux. Ils ont fait de même avec le soutien à l'apprentissage (*scaffolding*). Aucune des variables ne s'est avérée prédire plus de symptômes anxieux chez l'enfant.

En conclusion, certaines pratiques éducatives et caractéristiques de la relation parent-enfant prédisent la présence d'un trouble anxieux, mais d'autres pas. Les études démontrent généralement une relation entre la supervision et le score global d'anxiété chez l'enfant, la surutilisation de comportements de supervision (surprotection, contrôle) prédisant un score global d'anxiété plus élevé chez l'enfant. Quant à la discipline, l'association avec l'anxiété de l'enfant ne fait pas consensus, bien que seulement deux études s'y sont intéressées. En ce qui concerne la relation parent-enfant, des liens se sont avérés significatifs avec un score global d'anxiété en ce qui a trait aux comportements challengeant, au soutien/engagement parental, au *caring*, aux sentiments parentaux négatifs, aux conflits parents-enfants et à la négativité maternelle. Cependant, pour d'autres caractéristiques de la relation parent-enfant telles que le *rough-and-tumble play*, les challenges/encouragements et les critiques parentales, le seuil de signification n'est pas atteint. Enfin, aucun lien n'est relevé entre un score global des pratiques parentales et un score global d'anxiété.

Pratiques parentales associées à la présence d'un diagnostic de trouble anxieux. Six études ont exploré les pratiques parentales associées à la présence d'un trouble anxieux (Dougherty et al., 2013; Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Lazarus et al., 2016; Otto et al., 2015; Wichstrom et al., 2013). Une seule a considéré à la fois des

pratiques éducatives disciplinaires, la relation parent-enfant et un score global des pratiques parentales (Otto et al., 2015), les autres études ayant soit considéré seulement la relation parent-enfant ou cette relation et un score global de pratiques parentales. Lazarus et al. (2016) ainsi que Wichstrom et al. (2013) ont vérifié les liens entre la relation parent-enfant et la présence d'un trouble anxieux, sans égard aux autres pratiques parentales. Les premiers ont procédé par l'entremise de deux régressions logistiques multinomiales se penchant chacune sur les comportements challengeant des pères, puis des mères. Ils démontrent que les comportements maternels challengeant réduisent le risque de présenter un trouble anxieux. Puis, Wichstrom et al. (2013) se sont intéressés à la relation parent-enfant sous les angles de l'intrusion et de l'hostilité, ainsi que de la sensibilité et de la structure des activités par les parents par l'entremise de deux régressions logistiques comprenant un total de 14 variables. Les deux variables d'intérêt ne prédisent pas la présence d'un trouble anxieux deux années plus tard, et ce, lorsque la présence initiale d'un trouble anxieux est contrôlée.

Les études de Dougherty et al. (2013), Huang et al. (2012), Hudson et al. (2011), et Otto et al. (2015) ont en commun de s'être penchées sur la relation parent-enfant et sur un score global des pratiques parentales. Tout d'abord, dans le cadre de deux régressions logistiques incluant 13 différentes variables, Huang et al. (2012) ont démontré que les conflits parents-enfants et les critiques parentales ne prédisent pas l'appartenance à un groupe dit « à risque d'anxiété », en comparaison à un groupe « non à risque ». Dans les mêmes analyses, ils se sont intéressés à un score global des pratiques parentales par

l'entremise d'une variable incluant la fréquence à laquelle le parent néglige les émotions négatives exprimées par l'enfant ou y répond par la punition. Les deux régressions logistiques démontrent que cette variable ne prédit l'appartenance ni au groupe « à risque d'anxiété » ni au groupe « à risque de somatisation ».

Hudson et al. (2011) observent qu'une relation marquée par de la négativité maternelle ne prédit pas la présence d'un trouble anxieux, et ce, en contrôlant l'inhibition comportementale de l'enfant. Enfin, dans la même analyse, ils montrent qu'une variable incluant la surprotection parentale, la chaleur maternelle et le soutien offert ne prédit pas la présence d'un trouble anxieux chez l'enfant. Aussi, Dougherty et al. (2013) ont réalisé une régression logistique binaire comprenant 13 variables prédictrices. Ils ont observé que le soutien parental dans la relation parent-enfant, le style maternel permissif (score global) et le style maternel autoritaire (score global) ne prédisent pas la présence d'un trouble anxieux, et ce, en contrôlant pour les comorbidités diagnostiques.

Enfin, Otto et al. (2015) ont réalisé deux régressions logistiques multinomiales à cinq variables indépendantes, incluant notamment la discipline paternelle inconstante et l'engagement maternel dans la relation parent-enfant. Ils ont comparé les enfants avec un trouble anxieux à ceux sans trouble psychologique, ainsi que les enfants sans trouble anxieux à ceux ayant un trouble anxieux et une dépression comorbide. Tout d'abord, ils ont démontré que l'utilisation d'une discipline paternelle inconstante augmente par 3,51 fois le risque d'appartenance de l'enfant au groupe de trouble anxieux, en comparaison au

groupe sans trouble psychologique. Cependant, cette relation n'atteint pas le seuil de signification lorsqu'il est question de distinguer le groupe d'enfants avec un trouble anxieux et une dépression comorbide, en comparaison au groupe d'enfant sans trouble psychologique. Inversement, le surengagement maternel dans la relation est associé à un risque accru d'appartenir au groupe d'enfants avec un trouble anxieux et une dépression comorbide, en comparaison à celui sans trouble psychologique. Une augmentation d'une unité au score de surengagement parental est associée à un risque 2,42 fois plus élevé d'appartenir au groupe d'enfants avec un trouble anxieux et une dépression comorbide. Cependant, cette relation n'atteint pas le seuil de signification lorsqu'il est question de distinguer le groupe d'enfants avec un trouble anxieux, en comparaison avec un groupe d'enfants sans trouble psychologique.

Enfin, ils ont réalisé une manova visant à vérifier le lien entre la variable de groupe (enfants avec trouble anxieux, avec trouble anxieux et dépression comorbide, sans trouble psychologique) et un score global de comportements parentaux paternels ainsi qu'un score global de comportements maternels, incluant la discipline inconstante, l'engagement, la responsabilité parentale et la pratique autoritaire. Ils ont relevé une différence significative entre les groupes pour la discipline inconstante, tant paternels que maternels, et le surengagement maternel. Des anovas simples, décrites précédemment, ont ensuite été réalisées afin de mieux comprendre les différences observées.

En conclusion, les résultats sont relativement consensuels à l'effet qu'il n'y a pas de lien entre la relation parent-enfant et la présence d'un trouble anxieux chez l'enfant. Quant à la dimension de la discipline, une relation est relevée seulement lorsqu'il y a comparaison d'enfants avec trouble anxieux vs ceux sans trouble psychologique. Enfin, en ce qui concerne le score global des pratiques parentales, seuls Otto et al. (2015) relèvent une relation entre celui-ci et la présence d'un diagnostic d'un trouble anxieux.

Pratiques parentales associées aux symptômes du trouble d'anxiété généralisé.

Les pratiques parentales associées aux symptômes du trouble d'anxiété généralisé (TAG) ont fait l'objet de deux études très différentes. Briggs-Gowan et al. (2015) ont étudié le rôle des pratiques éducatives de discipline alors que Huang et al. (2012) ont plutôt étudié la relation parent-enfant et un score global de pratiques parentales. Briggs-Gowan et al. (2015) se sont penchés sur l'utilisation d'une discipline dure incluant, par exemple, l'utilisation de la fessée ou les menaces d'utilisation de la fessée, et sur la probabilité d'exposition de l'enfant à des formes moyennes et sévères de violences verbales et physiques de la part du parent (abus probable) en contrôlant pour l'âge, le sexe, l'ethnie, le niveau développemental de l'enfant et la version de la tâche. Seul le score d'abus probable s'avère prédire le nombre de symptômes du TAG, plus ce score étant élevé, plus l'enfant présentant de symptômes d'anxiété généralisée. De leur côté, Huang et al. (2012) se sont intéressés au lien entre la qualité relationnelle et les symptômes relatifs au TAG, par l'entremise d'une régression multiple incluant 13 variables, dont les critiques parentales, les conflits parents-enfants et la négligence des émotions négatives exprimées par l'enfant. Leur analyse révèle que la

fréquence à laquelle le parent néglige les émotions négatives exprimées par l'enfant ou y répond par la punition et de nombreux conflits parents-enfants prédisent tous les deux plus de symptômes d'anxiété généralisée. Les critiques des parents à l'endroit de leur enfant ne prédisent pas les symptômes anxieux relatifs au TAG.

Pratiques parentales associées aux symptômes d'anxiété sociale. Les pratiques parentales associées aux symptômes d'anxiété sociale ont également fait l'objet de deux études très différentes. Vreeke et al. (2013) ont étudié le rôle des pratiques éducatives de supervision alors que Huang et al. (2012) ont encore une fois étudié la relation parent-enfant et un score global de pratiques parentales. Les premiers ont vérifié, par l'entremise de régressions multiples hiérarchiques, le lien entre la surprotection parentale et l'anxiété de l'enfant à deux reprises, à 12 mois d'intervalles, auprès d'enfants natifs des Pays-Bas ou d'ailleurs. Leurs résultats montrent que la surprotection parentale ne prédit pas le nombre de symptômes d'anxiété sociale, et ce, ni à quatre ans et demi ni à cinq ans et demi, peu importe l'origine ethnique de l'enfant. Les résultats sont les mêmes lorsque l'anxiété initiale est contrôlée. De son côté, l'équipe de Huang et al. (2012) a vérifié la valeur prédictive de 13 variables sur un score global d'anxiété sociale et a démontré que ni les critiques des parents ni les conflits parents-enfants ne prédisent l'anxiété sociale de l'enfant. Le *negative emotion socialization*, qui combine à la fois des éléments relatifs aux pratiques éducatives parentales et à la sphère affective ne prédit pas non plus la présence de cette forme d'anxiété. En conclusion, il n'est pas possible d'établir un lien entre les

pratiques parentales et les symptômes d'anxiété sociale de l'enfant à partir des deux études qui l'ont vérifié.

Pratiques parentales associées aux symptômes de peur des blessures. Huang et al. (2012) sont les seuls à avoir étudié la relation parent-enfant et un score global de pratiques parentales, en lien avec la peur des blessures physiques. Tout comme ils l'avaient fait pour les autres formes d'anxiété, les auteurs ont réalisé une régression linéaire multiple dans laquelle ils se sont intéressés à la relation parent-enfant via deux variables, soit les conflits parents-enfants et les critiques parentales, de même que le *negative emotion socialization* comme score global des pratiques parentales. Ils ont observé qu'aucune de ces variables ne prédit la peur des blessures physiques. À nouveau, il n'est pas possible d'établir un lien entre les pratiques parentales et les symptômes de peur des blessures physiques de l'enfant.

Pratiques parentales associées à la phobie spécifique. Briggs-Gowan et al. (2015), les seuls à avoir étudié les pratiques parentales associées à la phobie spécifique, ont exploré le rôle des pratiques parentales disciplinaires. L'abus probable et l'utilisation d'une discipline sévère prédisent un score plus élevé de phobie spécifique, et ce, en contrôlant pour l'âge, le sexe, l'ethnie et le niveau développemental de l'enfant.

Variance de l'anxiété expliquée par les pratiques parentales

Des 14 études primaires, cinq ont fourni la proportion de variances expliquée par les pratiques parentales (Fliet et al., 2015; Huang et al., 2012; Lazarus et al., 2016; Otto et al., 2015; Vreeke et al., 2013). Fliet et al. (2015) rapportent que les pratiques parentales (surprotection maternelle et *caring* maternel) et les traits anxieux des parents expliquent 20 % de la variance des symptômes anxieux de l'enfant. De leur côté, Huang et al. (2012), ont suggéré que la combinaison de facteurs familiaux, de pratiques parentales, de facteurs propres à l'enfant et de facteurs scolaires explique entre 38 % et 39 % de la variance dans les symptômes d'anxiété de l'enfant. Otto et al. (2015) rapportent que les pratiques parentales, le tempérament de l'enfant et la dépression maternelle expliquent 32 % de la variance de l'appartenance au groupe d'enfant ayant un trouble anxieux, en comparaison à ceux sans trouble psychologique. Ces mêmes variables expliquent 32 % de la variance de l'appartenance à un groupe d'enfants avec un trouble anxieux et une dépression comorbide, en comparaison au groupe sans trouble psychologique. Enfin, l'équipe de Vreeke et al. (2013) rapportent que l'inhibition comportementale de l'enfant et la surprotection parentale expliquent ensemble entre 18 % et 23 % de la variance des symptômes anxieux de l'enfant, dépendamment du temps de mesure utilisé et du sous-échantillon (enfants natifs ou non des Pays-Bas, enfants de l'échantillon total). Il est possible de constater que les pratiques parentales, en combinaison avec d'autres variables, expliquent entre 20 % et 39 % de la variance des symptômes anxieux de l'enfant ou de son appartenance à un groupe (enfants avec trouble anxieux/dépression comorbide vs enfant sans trouble psychologique). Seule l'étude de Lazarus et al. (2016) a permis

d'obtenir la variance exclusive aux pratiques parentales. Ils suggèrent que les comportements challengeant des mères expliquent 6 % des symptômes anxieux de l'enfant, alors que ceux des pères y contribuent à la hauteur de 4 %.

Discussion

L'objectif de cette recension, qui inclut 14 articles, était d'explorer l'association entre les différentes dimensions des pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire. Les pratiques parentales ont été abordées sous l'angle de la supervision, de la discipline et de la relation parent-enfant alors que l'anxiété a été abordée sous l'angle d'une approche diagnostique ou d'un continuum. Le prochain chapitre abordera les constats principaux, les forces et limites de la recension, les recommandations en vues de prochaines recherches et enfin, les retombées cliniques.

Les constats principaux de l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire

Les prochains paragraphes ont pour but de faire ressortir les constats principaux, permettant notamment de se positionner avec nuance sur la relation entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire.

Les premiers constats constituent une synthèse des résultats sur les différents liens vérifiés et sur l'interprétation de ceux-ci et abordent les implications de l'utilisation d'une approche diagnostique. Le cinquième constat traite des types d'anxiété abordées dans les études primaires. Les six constats suivants permettent de discuter des participants sollicités (parents), de la puissance statistique, des instruments de mesure relatifs aux

pratiques parentales, du concept de relation parent-enfant et de l'importance relative des pratiques parentales.

Constat 1 : Lien entre la supervision et l'anxiété de l'enfant

Les résultats des études permettent de statuer sur la présence d'une relation claire entre la supervision parentale et les symptômes anxieux de l'enfant. Cependant, il importe de souligner que la supervision a été évaluée seulement sous l'angle de la surprotection, sauf dans l'étude de Thirlwall et Creswell (2010). Des quatre études qui se sont penchées sur la supervision (Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Thirlwall & Creswell, 2010; Vreeke et al., 2013) toutes sans exception ont utilisé des analyses multivariées et la moitié ont utilisé un devis longitudinal. Comme ces études tiennent compte des interactions entre les variables et qu'elles s'intéressent à la relation entre celles-ci dans le temps, en informant sur la capacité à établir un lien prédictif, il est possible d'en dégager une conclusion solide, soit que plus de comportements surprotection parentale prédit un plus grand nombre de symptômes anxieux. Par contre, il n'est pas possible de se positionner clairement sur la relation spécifique entre la supervision parentale et les symptômes d'anxiété sociale puisqu'une seule étude s'est intéressée et n'a pas relevé de relation entre les variables (Vreeke et al., 2013). De plus, il n'est pas possible de se positionner sur la relation entre la supervision et la présence d'un trouble anxieux chez l'enfant, les études s'étant penchées uniquement sur les symptômes anxieux de l'enfant.

Constat 2 : Lien entre la discipline et l'anxiété de l'enfant

La relation entre la discipline parentale et l'anxiété de l'enfant est moins claire que celle de la supervision et nécessite des nuances. D'abord, peu d'études ont porté sur la dimension de la discipline, l'aspect le moins étudié de tous, ce qui empêche un positionnement consensuel quant à la relation entre les variables. Ainsi, la dureté de la discipline ou la présence d'abus probable n'est pas reliée aux symptômes anxieux de l'enfant en général, mais elle le serait avec les symptômes d'anxiété sociale ou de phobie spécifique. Si on considère l'inconstance de la discipline, elle serait liée à la présence d'un trouble anxieux. On peut alors émettre l'hypothèse que la relation entre la discipline et l'anxiété de l'enfant dépend non seulement de l'aspect de la discipline qui est considéré, mais du type d'anxiété mesuré. Il serait important de dupliquer les recherches afin de confirmer cette hypothèse puisque seuls Briggs-Gowan et al. (2015) ont testé la relation entre les variables à partir de conceptualisations différentes d'anxiété, et ce, de façon rigoureuse.

Constat 3 : Lien entre la relation parent-enfant et l'anxiété de l'enfant

Le lien entre la relation parent-enfant et l'anxiété de l'enfant apparaît mitigé, bien qu'une analyse approfondie permette de mieux saisir les nuances. D'abord, la relation parent-enfant prédit clairement l'anxiété de l'enfant lorsqu'il est question d'un score global d'anxiété, soit de symptômes anxieux. Une seule étude, celle de Fliek et al. (2015) n'obtient pas des résultats significatifs, mais cela s'explique par une conceptualisation très étroite de

la relation parent-enfant en ce qui a trait aux challenges et encouragements ainsi que du *Rough-and-tumble-play*. Par contre, l'association entre la relation parent-enfant et l'anxiété de l'enfant n'est plus présente lorsque l'anxiété est abordée sous l'angle d'un diagnostic. Ainsi, des variables appartenant à la relation parent-enfant tels que les conflits parent-enfant, les comportements challengeant paternels et la négativité maternelle prédisent un score global d'anxiété, mais pas la présence d'un diagnostic de trouble anxieux. L'hypothèse la plus probable pour expliquer ce constat est que la conceptualisation de l'anxiété sous forme catégorielle (présence/absence de diagnostic) puisse entraver la capacité à détecter un lien. Ce point sera plus largement discuté au constat 4. Enfin, en ce qui a trait aux symptômes appartenant à l'anxiété sociale, au TAG et à la peur des blessures physiques, le manque d'études ne permet pas de se positionner sur la contribution réelle de la relation parent-enfant. Une seule étude s'y est intéressée, soit celle de Briggs-Gowan et al. (2015), qui suggère qu'il n'y a pas de relations entre les variables.

Constat 4 : Les limites de l'approche diagnostique

Pour l'évaluation de l'anxiété, quatre des études utilisent uniquement une approche diagnostique (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015; Otto et al., 2015; Wichstrom et al., 2013), six utilisent uniquement une approche continuum (Asbury et al., 2003; Briggs-Gowan et al., 2015; Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Hopkins et al., 2013; Thirlwall & Creswell, 2010) et quatre études utilisent les deux (Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Lazarus et al., 2016; Vreeke et al., 2013). Les résultats relevés

amènent à remettre en question la pertinence d'étudier l'anxiété comme une entité diagnostique chez les enfants d'âge préscolaire puisque cette méthode d'évaluation ne semble pas être suffisamment sensible pour détecter les différences de l'anxiété, plus particulièrement lorsqu'il est question de la relation parent-enfant. D'ailleurs, les écrits mettent en lumière l'apport d'une approche dimensionnelle chez les jeunes enfants (Krueger & Piasecki, 2002; Moretz & McKay, 2011). En effet, bien que l'approche diagnostique permette d'identifier et de catégoriser l'anxiété sous forme de troubles anxieux et qu'elle est utilisée comme cadre de travail chez les cliniciens et chercheurs (Krueger & Piasecki, 2002; Moretz & McKay, 2011), elle fait l'objet de critiques, particulièrement lorsqu'il est question de jeunes enfants. En conceptualisant chaque diagnostic comme une entité (Carson, 1991), on reproche entre autres à cette approche de ne pas établir de distinctions entre des troubles qui s'inscrivent plutôt dans un spectre commun (Brown, Chorpitam, & Barlow, 1998; Krueger & Piasecki, 2002; Moretz & McKay, 2011). Les limites relatives à l'approche diagnostique ont contribué à l'émergence d'une approche dimensionnelle (Krueger & Piasecki, 2002) où l'anxiété est évaluée sur un continuum. Cette approche est appréciée parce qu'elle permet une compréhension plus complète et diminue le risque de négliger des aspects témoignant d'une amélioration des difficultés reliées à l'anxiété (Moretz & McKay, 2011).

Constat 5 : Lien entre un score global de pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant

Les résultats varient selon la conception du score global des pratiques parentales. En somme, le premier constat est qu'une relation entre le style parental et l'anxiété est présente, bien que l'association diffère en fonction du genre du parent. L'utilisation d'un style parental autoritaire est associée à la présence d'un trouble anxieux chez l'enfant, mais uniquement chez les mères (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015). Comme seulement deux études (Dougherty et al., 2013; Meyer et al., 2015) se sont penchées sur la relation entre les styles parentaux et l'anxiété générale de l'enfant d'âge préscolaire, des duplications seraient nécessaires afin d'assurer un meilleur positionnement. Cependant, les autres études s'étant penchées sur la relation entre un score global de pratiques parentales et l'anxiété générale de l'enfant ne peuvent conclure à une association, et ce, peu importe s'il est question d'un diagnostic de trouble anxieux ou de symptômes anxieux (Dougherty et al., 2013; Hopkins et al., 2013; Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Otto et al., 2015). Le surengagement parental, l'hostilité, le soutien à l'apprentissage et le *negative emotion socialization* ne sont pas liés à l'anxiété de l'enfant. Considérant que certaines dimensions des pratiques parentales ne sont pas clairement associées à l'anxiété de l'enfant, il est possible que d'en intégrer plusieurs au sein d'un même score puisse venir diluer les résultats. D'ailleurs, il est observé que les scores globaux de pratiques parentales définis par les auteurs sont difficilement comparables en raison des multitudes concepts différents pouvant y être intégrés, provoquant un manque d'homogénéité.

Constat 6 : Les types d'anxiété

Force est de constater que les chercheurs ont négligé de s'attarder aux différences dans la relation entre les pratiques parentales et les types d'anxiété, seulement trois études s'étant penchées sur des types d'anxiété spécifique (Briggs-Gowan et al., 2015; Huang et al., 2012; Vreeke et al., 2013). D'ailleurs, Huang et al. (2012) ont démontré des résultats différents en ce qui concerne l'association entre un score global de pratiques parentales selon le type d'anxiété mesuré, témoignant de possibles spécificités face aux associations. Cela permet de se questionner sur l'importance d'étudier les sous-types d'anxiété séparément afin de mieux comprendre comment les pratiques parentales peuvent avoir un effet différent sur les différentes facettes de l'anxiété.

Constat 7 : Les mères sont à l'avant

Les constats précédents doivent être lus à la lumière d'une limite importante, commune à l'ensemble des études, soit le fait que les mères ont été largement plus sondées que les pères. Ainsi, les conclusions rapportées s'appliquent davantage aux pratiques parentales maternelles, bien que les conclusions sur l'association entre l'anxiété de l'enfant et les pratiques parentales aient parfois été relevées sans spécifier le sexe du parent. À titre d'exemple, trois études ont tiré des conclusions sur le lien entre l'anxiété de l'enfant et des variables telles que le surengagement parental, la discipline sévère, ou encore, l'utilisation de comportements contrôlant vs d'autonomie sans spécifier qu'il s'agissait exclusivement de comportements maternels (Briggs-Gowan et al., 2015; Hudson et al., 2011; Thirlwall &

Creswell, 2010). Il aurait été important de clarifier qu'il s'agit de pratiques maternelles afin d'éviter des conclusions hâtives sans égards au sexe du parent.

Par ailleurs, il est observé que dans trois études ayant sondé des pères ou des mères, 90 % des parents sont des mères (Dougherty et al., 2013; Huang et al., 2012; Meyer et al., 2015). À nouveau, des variables testées telles que l'hostilité parentale, le soutien parental, les conflits parents-enfants et les critiques parentales ont fait l'objet de conclusions en lien avec l'anxiété de l'enfant sans égard au sexe du parent.

Seules cinq études se sont démarquées par le fait d'avoir évalué les pères et les mères d'un enfant et d'avoir analysé séparément les comportements maternels et les comportements paternels (Dougherty et al., 2013; Edwards et al., 2010; Fliek et al., 2015; Lazarus et al., 2016; Otto et al., 2015). Toutefois dans trois de ces études, ce sont majoritairement des mères qui ont répondu aux mesures d'anxiété de l'enfant (Dougherty et al., 2013; Lazarus et al., 2016; Otto et al., 2015).

Cette particularité met en évidence la place prédominante accordée à la contribution maternelle dans le développement du jeune enfant, qui a notamment été renforcée par les travaux de Bowlby, qui affirmait que la relation avec la figure d'attachement principale, généralement la mère, constitue la plus déterminante pour son développement (Miljkovitch & Pierrehumbert, 2005). Ainsi, la réalisation de travaux centrés sur l'importance de la mère a mené à une sous-estimation de l'impact des pères

sur le développement psychologique de l'enfant (Paquette, 2004). Pourtant, Van Der Sluis, Van Steensel et Bögels (2015) suggèrent que les pratiques parentales des pères sont aussi importantes que celles des mères.

Par l'entremise d'une relation d'activation, qui s'actualise notamment à travers le jeu physique, le père répond au besoin de l'enfant d'être stimulé, activé et de se surpasser alors que la relation mère-enfant permet généralement davantage d'apaiser l'enfant (Paquette, 2004). Ainsi, si les interactions mère-enfant et leurs impacts sont différents de celles père-enfant (Miljkovitch & Pierrehumbert, 2005), il est possible de se questionner à savoir si la contribution des pratiques parentales sur l'anxiété de l'enfant serait différente en fonction du genre du parent. En ce sens, Bögels et Phares (2007) suggèrent que les mères et les pères auraient des rôles distincts quant aux stratégies d'adaptation que l'enfant développera pour faire face à l'anxiété dépendamment de son âge. Pour ce faire, les auteurs devraient être attentifs à ne pas générer de conclusions sans spécifier s'il s'agit de pratiques parentales maternelles ou paternelles.

Constat 8: Une puissance statistique parfois insuffisante

La puissance statistique réfère à la probabilité de rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle est fausse dans une population (Cohen, 1988) et dépend du seuil de signification, de la taille de l'échantillon ainsi que de la taille d'effet (Yergeau, 2008). Plus simplement, elle réfère à la capacité de détecter un lien lorsqu'il est présent. Elle a été jugée comme suffisante (au deçà de 0,80) dans seulement 6 des 13 études où il a été possible de la calculer à partir

de la taille d'effet donnée par les auteurs (Asbury et al., 2003; Hopkins et al., 2013; Huang et al., 2012; Hudson et al., 2011; Meyer et al., 2015; Otto et al., 2015). Cependant, il est observé que malgré cela, plusieurs de ces études observent un lien entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant, suggérant que ce lien est suffisamment fort pour être détecté, même dans un contexte où la taille de l'échantillon n'est pas suffisante. En effet, dans quatre des sept études où la puissance statistique s'est montrée en deçà de 0,80, malgré l'obtention de relations significatives entre la supervision parentale et l'anxiété de l'enfant, la puissance statistique s'est avérée insuffisante. À titre d'exemple, Thirlwall et Creswell (2010) détectent une relation significative avec un échantillon de 24 enfants alors que Vreeke et al. (2013) y arrivent avec un échantillon de 168 enfants. Il est possible d'émettre l'hypothèse que le lien entre ces deux variables est probablement plus fort qu'on le croirait.

Constat 9 : Une multitude d'instruments de mesure des pratiques parentales

Si l'association entre la relation parent-enfant et l'anxiété de l'enfant apparaît moins claire que pour d'autres dimensions des pratiques parentales, il est possible de questionner la variété des instruments de mesure utilisés dans l'évaluation des pratiques parentales. Alors que les instruments de mesure utilisés pour l'anxiété ont presque tous fait l'objet d'une vérification quant à leur validité et leur fidélité (13 études sur 15) et que les mêmes instruments reviennent à plusieurs reprises (p. ex., le PAPA a été utilisé dans cinq études différentes, PAS-(R) dans six études différentes), les outils utilisés pour mesurer les pratiques parentales sont très variés, totalisant 20 instruments de mesure

différents dans les 14 études sélectionnées. Plusieurs d'entre eux n'ont pas fait l'objet d'études évaluant les propriétés psychométriques. L'instrument de mesure le plus souvent utilisé est le *Parental overprotection measure* (POM), présent dans seulement trois études différentes. Ainsi, les conclusions tirées doivent considérer les limites d'une multitude d'instruments de mesure qui évaluent, chacun à leur façon, les concepts (p. ex., la discipline). Cela rend la comparaison des résultats plus difficile. De plus, 10 des 14 études analysées n'ont pas été en mesure d'utiliser uniquement des instruments de mesure des pratiques parentales dont les propriétés psychométriques ont été vérifiées, ce qui constitue une limite importante quant aux résultats relevés puisqu'il n'est possible de s'assurer de la précision et de la constance de l'instrument de mesure, ni de sa capacité à évaluer le construit pour lequel il a été conçu (Vallerand & Hess, 2000). Considérant que des lacunes peuvent se trouver à même les instruments de mesure, ceci peut remettre en question certaines associations constatées entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant et démontre l'importance d'utiliser, à l'avenir, des instruments de mesure dont les propriétés psychométriques ont été évaluées.

Constat 10: La relation parent-enfant, un concept large

Il est possible de constater que les pratiques parentales sont un concept dont le spectre est très large, particulièrement pour la dimension de la relation parent-enfant. Un manque d'homogénéité est observé dans la façon de conceptualiser la relation parent-enfant. Elle est évaluée sous de nombreux angles, soit ceux des sentiments parentaux

négatifs, des interactions challengeantes, du *rough and tumble play*, des conflits parents-enfants, du soutien, de l'hostilité, du surengagement, des critiques, de la négativité maternelle et de la sensibilité parentale. De toutes ces façons de concevoir la relation parent-enfant, la présente recherche permet de suggérer spontanément trois sous-catégories, soit 1) les comportements et affects négatifs du parent à l'endroit de l'enfant; 2) l'implication parentale et; 3) le soutien à l'exploration dans les interactions. Il est possible de croire que les résultats pourraient varier en fonction des sous-catégories énumérées. Conceptualiser la relation parent-enfant, sans égard à la possibilité d'en faire des catégories, implique possiblement de ne pas saisir les nuances possibles dans le lien entre la relation parent-enfant et l'anxiété de ce dernier.

Constat 11 : L'importance relative des pratiques parentales

Même si l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant a été relevée, il importe de nuancer l'importance des pratiques parentales dans l'anxiété de l'enfant. Quelques études primaires ont fourni la proportion de variances expliquée par les pratiques parentales. La majorité de ces études (Flick et al., 2015; Huang et al., 2012; Otto et al., 2015; Vreeke et al., 2013) qui incluent dans leur calcul de variance des variables autres que seulement les pratiques parentales rapportent une variance expliquée se situant entre 18 % et 39 %. Bien que ces proportions puissent sembler importantes, elles incluent d'autres variables que les pratiques parentales. D'ailleurs, la seule étude ayant fait ressortir la variance exclusive aux pratiques parentales a relevé une proportion entre

4 % et 6 % (Lazarus et al., 2016). Ainsi, le constat est que la contribution des pratiques parentales à l'explication de l'anxiété semble faible. Ceci est cohérent avec le modèle théorique de Vasey et Dadds (2001) qui suggère que l'anxiété de l'enfant ne dépend pas uniquement des pratiques parentales, mais d'une multitude de facteurs incluant également ceux d'ordre génétique, neurobiologique, le tempérament, les aptitudes de régulation émotionnelle, les biais cognitifs/distorsions, ainsi que les expériences de contrôle précoce. La faible contribution des pratiques parentales dans l'explication de l'anxiété de l'enfant met de l'avant l'importance de considérer également d'autres variables et de comprendre l'anxiété sous un angle multifactoriel, en incluant les pratiques parentales.

Forces, limites et recommandations

Cette recension se distingue par l'utilisation d'une méthode de recherche rigoureuse, celle du Center for Reviews and Dissemination de l'Université de York (2008), réputée en raison de ses standards élevés. À la lumière du protocole de recension établi, l'identification et la sélection des études se sont inscrites dans un processus rigoureux impliquant une évaluation indépendante des articles disponibles par deux personnes ainsi que la consultation de la directrice de recherche pour faire face aux ambiguïtés. L'obtention d'un accord interjuge de 92 % met en évidence la rigueur et la précision du protocole de recension établi. L'utilisation d'une deuxième personne indépendante afin de sélectionner les articles a d'ailleurs minimisé les probabilités que des articles pertinents aient été omis ou écartés. Cependant, une limite est relevée quant à l'extraction des résultats. Si la production de la grille d'extraction a été réalisée de concert avec la directrice du mémoire doctoral, le contenu

de celle-ci n'a pas été vérifié spécifiquement pour chacune des études sélectionnées. Cette omission constitue une limite puisque la contribution d'un deuxième chercheur aurait eu comme bénéfice d'assurer la précision et la complétude des données extraites. Dans l'objectif de réduire les biais et d'améliorer la validité et la fidélité de la recension (Center for Reviews and Dissemination, 2008), les prochaines recensions auraient avantage à impliquer plus d'un auteur dans le processus d'extraction des résultats, ceux-ci notant leurs désaccords afin de les résoudre soit par un consensus, soit par la sollicitation d'un troisième chercheur (Center for Reviews and Dissemination, 2008).

L'un des critères dans le protocole d'identification des études primaires consistait à inclure exclusivement des études pour lesquelles il y a eu révision par les pairs. Il s'agit d'une force puisque cela assure la qualité des études sélectionnées. Cependant, ce choix amène aussi une limite considérant que les études publiées sont généralement celles qui rapportent des liens significatifs. Il importe de considérer la possibilité de conclusions différentes quant à l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire si plus d'études primaires avaient été prises en compte. En ce sens, l'Université de York (Center for Reviews and Dissemination, 2008) mentionne que d'inclure uniquement des études révisées par les pairs peut mener à une surestimation des relations entre les variables. Comme la stratégie de recherche utilisée a exclu le repérage de thèses/mémoires, le moteur de recherche *Google scholar* et les chapitres de livres, il est possible que certaines sources pertinentes n'aient pas été répertoriées. Afin de

minimiser les biais, il est recommandé que les prochaines recensions incluent les études non-publiées (Center for Reviews and Dissemination, 2008).

Une autre force de la présente recension est l'utilisation d'un cadre conceptuel pour comprendre les pratiques parentales. L'utilisation de la conceptualisation de Besnard et al. (2009) a permis de regrouper les études, de faire des liens plus précis, mais surtout, de considérer à la fois les aspects des pratiques éducatives et de la relation parent-enfant. Ce dernier élément est novateur puisqu'il n'a pas été fait lors des précédentes recensions. Cependant, l'utilisation de ce cadre conceptuel a impliqué des choix quant aux classements de certains résultats, des décisions ayant dû être prises par l'auteure principale et une assistante de recherche lorsque certaines variables des articles primaires se situaient, par exemple, à la limite entre deux dimensions du cadre conceptuel de Besnard. Les choix réalisés ont pu venir influencer les résultats obtenus.

Également, le regard critique porté à la qualité méthodologique des études primaires constitue une force. Cependant, la création d'un score de qualité méthodologique pour opérationnaliser le critère de rigueur méthodologique a été réalisé, mais celui-ci n'a pas été utilisé dans l'interprétation des résultats. Ceci s'explique notamment par les limites et la controverse relative à la création d'un tel score dans les écrits méthodologiques (Sanderson et al., 2007). D'abord, la création d'un score global implique que sa pondération dépend des critères qui le compose, celui-ci variant d'une étude à une autre. Également, le poids attribué à chacun des critères dans notre recension

est le même (1 point chacun), alors que le poids réel peut varier. À cet effet, il n'y a d'ailleurs pas de consensus sur la façon dont le poids attribué à chaque critère devrait être déterminé. Aussi, la création d'un tel score devrait inclure des critères relatifs à l'évaluation des instruments de mesure, à la méthode de sélection des participants et à l'identification des possibles sources de biais (Sanderson et al., 2007). Dans la présente recension, les deux derniers éléments n'ont été considérés dans la création du score. Pour pallier ces limites, les prochaines recensions systématiques relatives à notre sujet de recherche auraient avantage à utiliser plutôt une liste de vérification de critères plutôt qu'un score global (Sanderson et al., 2007). Enfin, la création d'un tel score ne relève pas d'un outil standardisé, mais bien d'un score créé par l'auteur. Il est d'ailleurs recommandé que la création d'un score global suive un processus de développement rigoureux afin d'assurer que les critères qui le constituent soient fondés sur des faits reconnus (Sanderson et al., 2007).

Bien que le fait qu'il s'agisse de la première recension sur le sujet à être rédigée en français, une autre limite importante constitue la durée sur laquelle le processus de rédaction s'est étendu, l'identification des études primaires ayant eu lieu en décembre 2016. Il est recommandé qu'une prochaine recension inclue les nouveaux résultats afin de dresser le portrait le plus actuel et complet des écrits. Cependant, aucune nouvelle recension s'intéressant spécifiquement à l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété du jeune enfant n'a été publiée dans les cinq dernières années, faisant en sorte

que notre recension systématique demeure la plus récente de la littérature, et ce, malgré la limite que représente la durée de la réalisation de celle-ci.

Retombées cliniques

Comme l'association entre la surprotection parentale et l'anxiété de l'enfant a été démontrée clairement, il sera important pour le clinicien de reconnaître et d'évaluer les comportements de surprotection parentale observables par des tentatives de protéger l'enfant face à des dangers potentiels en lui offrant une aide intrusive et non nécessaire et en restreignant ses possibilités de s'exposer à de multitudes de situations (Fliek et al., 2015; Vreeke et al., 2013). Le clinicien pourra ensuite sensibiliser les parents aux impacts de ce type de comportements lorsqu'il est question d'anxiété chez l'enfant et guider celui-ci vers des comportements parentaux plus adaptés par l'entremise de guidance parentale qui leur permettra d'obtenir des recommandations et du soutien dans l'application de celles-ci au quotidien.

Également, il serait pertinent que les cliniciens et intervenants soutiennent le questionnement chez le parent en les invitant à réfléchir, par des questions ouvertes, sur leurs pratiques parentales. Cela fournira un levier de changements et d'ajustements quant à ses pratiques parentales. Quel type de parent est-il? Comment réagit-il face aux tentatives d'exploration de son enfant? Également, dans une visée préventive, il sera pertinent de sensibiliser les parents au rôle des pratiques parentales dans le développement de l'anxiété. C'est notamment le cas lorsque certains parents consultent pour un autre

problématique, mais qu'il ressort de l'évaluation l'utilisation de pratiques parentales reliées à la présence d'anxiété dans la littérature. Les parents pourront alors être soutenus dans le développement de pratiques parentales plus adéquates afin de prévenir l'apparition d'anxiété.

La présente recension met également de l'avant l'importance relative d'inclure le parent dans le traitement de l'anxiété. Il apparaît pertinent que le clinicien œuvrant auprès de l'enfant implique le parent dans la démarche de psychothérapie et qu'il le soutienne dans les ajustements suggérés. Plus précisément, la thérapie cognitivo-comportementale basée notamment sur l'exposition et la restructuration cognitive réalisées auprès de l'enfant (Elia, 2019) nécessite que le parent soit informé des implications au quotidien. En effet, les parents désirent de l'information sur le traitement afin de mieux comprendre comment soutenir et gérer la présence d'anxiété chez leur enfant (Hudson et al., 2014).

De plus, les parents sont des acteurs importants dans le traitement. Par exemple, en recevant de l'information sur le rôle de l'évitement, par exemple, ils peuvent aider l'enfant anxieux à demeurer dans la situation anxiogène pour le désensibiliser progressivement (Elia, 2019).

D'ailleurs, l'impact de la relation parent-enfant a été démontré en ce qui a trait aux symptômes anxieux de l'enfant. Le psychologue pourra alors fournir des recommandations par l'entremise de recommandations concrètes. De plus, il sera pertinent

de s'intéresser aux thérapies permettant de travailler la relation afin d'agir également à titre préventif. À titre d'exemple, l'utilisation de l'approche *Watch, Wait, and Wonder* (Muir, Lojkasek, & Cohen, 1999) a été conçue pour améliorer la relation parent-enfant en favorisant chez le parent sa capacité à observer et à comprendre les besoins relationnels de son enfant.

Certaines populations, comme celles retrouvées dans un contexte de protection de l'enfance, présentent des déficits importants quant à leurs pratiques parentales et leurs méthodes éducatives (Lavature, Bertrand, Boisvert, & Auger, 2020). Afin d'améliorer les compétences des parents de familles vulnérables, différents programmes d'entraînement aux habiletés parentales ont été mis au service de cette population au cours des années (Lavature et al., 2020). Ces programmes visent notamment à soutenir les parents dans le développement de pratiques éducatives et d'une relation positive avec leur enfant, à améliorer leur sensibilité parentale ainsi que la qualité de leur supervision (Baker, Arnold, & Meagher, 2011; Letarte, Normandeau, & Allard, 2010). La présence et l'importance de ces programmes dans les services publics aura avantage à être valorisée, ceux-ci s'étant montrés efficaces pour améliorer les habiletés parentales, notamment auprès d'une population vulnérable (Barth et al., 2005; Marcynyszyn, Maher, & Corwin, 2011).

Certains parents présentant de bonnes compétences parentales viennent consulter en lien avec une problématique d'anxiété chez leur enfant. Bien qu'une attention particulière

doive être portée aux pratiques parentales du donneur de soins, celles-ci ne suffisent pas à elles seules à expliquer l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire. Il importe que le clinicien considère l'anxiété de l'enfant comme étant multifactorielle et qu'il élargisse son champ de compréhension en identifiant les autres facteurs explicatifs. À cet effet, il importe que celui-ci s'informe par l'entremise de la littérature et de formations. Il sera en mesure de mieux orienter son intervention. Il pourra également diminuer la culpabilité possible du parent en relativisant l'impact de leurs pratiques parentales sur l'anxiété de leur enfant.

Conclusion

L'objectif de cette recension systématique consistait à explorer l'association entre les pratiques parentales et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire par l'entremise de 14 études primaires. Les résultats mettent en évidence la présence d'une relation claire entre la supervision parentale, plus particulièrement la surprotection parentale, et les symptômes anxieux de l'enfant. Peu d'intérêts ont été portés au lien entre la discipline et l'anxiété de l'enfant d'âge préscolaire, témoignant de la nécessité de s'y pencher davantage. Quant à la relation parent-enfant, il apparaît que la relation parent-enfant prédit l'anxiété de l'enfant lorsqu'il est question de symptômes anxieux, l'association n'était plus significative lorsqu'il est question d'un trouble anxieux. Ceci permet de mettre en évidence la pertinence de considérer l'anxiété de l'enfant sous une forme dimensionnelle plutôt que diagnostique afin de mieux saisir les nuances et améliorations. Enfin, les résultats suggèrent que les scores globaux de pratiques parentales sont à éviter, sauf si l'on s'intéresse aux styles parentaux. En effet, la multitude de concepts intégrés dans ce score global sème la confusion. Également, il est relevé que si les symptômes d'anxiété et la présence d'un trouble anxieux ont été mis en relation avec les pratiques parentales, peu d'études se sont attardées à des types d'anxiété spécifiques alors qu'il serait pertinent d'étudier l'impact des pratiques parentales en regard des différentes formes d'anxiété. Enfin, l'analyse de la variance expliquée par les pratiques parentales suggère une contribution des pratiques parentales assez faible, indiquant la présence d'autres facteurs à considérer pour expliquer l'anxiété de l'enfant.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). Integrative guide for the 1991 CBCL/4 \pm 18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asbury, K., Dunn, J. F., Pike, A., & Plomin, R. (2003). Nonshared environmental influences on individual differences in early behavioral development: A monozygotic twin differences study. *Child Development*, 74(3), 933-943.
- Baker, C. N., Arnold, D. H., & Meagher, S. (2011). Enrollment and attendance in a parent training prevention program for conduct problems. *Prevention Science*, 12(2), 126-138.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Barth, R. P., Landsverk, J., Chamberlain, P., Reid, J. B., Rolls, J. A., Hurlburt, M. S., ... Kohl, P. L. (2005). Parent-training programs in child welfare services: Planning for a more evidence-based approach to serving biological parents. *Research on Social Work Practice*, 15(5), 353-371.
- Besnard, T. 2008. *Les pratiques parentales des pères et des mères et les difficultés de comportement des garçons et des filles d'âge préscolaire: Différences, similitudes et effets d'intervention* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Besnard, T., Verlaan, P., Capuano, F., Poulin, F., & Vitaro, F. (2009). Les pratiques parentales des pères et des mères et les difficultés de comportement des enfants d'âge préscolaire : Différences et similitudes. *Revue de psychoéducation*, 38, 15-43.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2007). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new mode. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 539-558.
- Bögels, S. M., & Van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1583-1596.

- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 811-819.
- Briggs-Gowan, M. J., Pollak, S. D., Grasso, D., Voss, J., Mian, N. D., Zobel, E., & Pine, D. S. (2015). Attention bias and anxiety in young children exposed to family violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1194-1201.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192.
- Carson, R. C. (1991). Dilemmas in the pathway of the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 302-307.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109-134.
- Castro, A., & Perrin, S. (2011). The clinical phenomenology and classification of child and adolescent. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 22-55). New-York, NY: Cambridge University Press.
- Center for Reviews and Dissemination. (2008). *Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Université de York. Repéré à http://www.york.ac.uk/inst/crd/index_guidance.htm
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences* (2^e éd.). New-York, NY: Academic Press.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 14(4), 631-648.
- Dadds, M. R., & Barrett, P. M. (2001). Practitioner review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *Journal of Child and Psychiatry*, 42(8), 999-1011.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.

- De Montigny-Malenfant, B. (2016). *Modérateurs de la relation entre la supervision parentale et l'adaptation d'adolescents suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse pour troubles de comportement sérieux* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Denis, H., & Baghdadli, A. (2016). Anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatry*, 13, 1-10.
- Deslandes, R., & Royer, E. (1994). Style parental, participation parentale dans le suivi scolaire et réussite scolaire. *Service social*, 43(2), 63-80.
- Dishion, T., & McMahon, R. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(1), 61-75.
- Dogra, N., Parkin, A., & Fiona, G. (2008). Specific mental health problems of childhood and adolescence. Dans N. Dogra, A. Parkin & G. Fiona (dir.), *Multidisciplinary child and adolescent mental health for front-line professionals* (2^e éd., pp. 123-204). Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Donavan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 509-531.
- Dougherty, L. E., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J., ... Klein, D. N. (2013). Preschool anxiety disorders: Comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 577-589.
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 313-321.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3), 313-337.
- Elia, J. (2019). Revue générale des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Document repéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/pédiatrie/troubles-psihiatriques-chez-l-enfant-et-l-adolescent/revue-générale-des-troubles-anxieux-chez-l-enfant-et-l-adolescent>

- Filion, C. (2018). *Qualités psychométriques du questionnaire des connaissances des troubles anxieux* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Fliek, L., Daemen, E., Roelofs, J., & Muris, P. (2015). Rought-and-tumble play and other parental factors as correlates of anxiety symptoms in preschool children. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 2795-2804.
- Foubert, A. C. (2008). L'estime de soi chez les enfants diabétiques. *Le journal des psychologies*, 254(1), 33-36.
- Frick, P. J., Christian, R. E., & Wooton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23(1), 106-128.
- Gafoor, A., & Kurukkan, A. (2014). Construction and validation of Scale of Parenting Style. *Guru Journal of Behavioral and Social Sciences*, 2(4), 315-323.
- Ginsburg, G. S., & Scholossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154.
- Grolnick, W. (2009). The role of parent in facilitating autonomous self-regulation for education. *Theory and Research in Education*, 7(2), 164-173.
- Hamel, M. (2001). La relation parents-enfant et les pratiques éducatives des parents. Dans M. Hamel, L. Blanchet & C. Martin (dir.), *Nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (pp. 10-49). Québec, QC : Les publications du Québec.
- Hirschfield, R. M. A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244-254.
- Huang, K. Y., Cheng, S., Calzada, E., & Brotman, L. M. (2012). Symptoms of anxiety and associated risk and protective factors in young Asian American children. *Child Psychiatry Human Development*, 43(5), 761-774.
- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: Assessment, intervention, and prevention*. New York, NY: Springer.
- Hudson, J. L., Dodd, H. F., & Bovopoulos, N. (2011). Temperament, family environment and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 939-951.

- Hudson, J. L., Newall, C., Rapee, M., Lyneham, H., Carolyn, W., Schneider, V., Seeley-Wait, S., Edwards, S. & Gar, N. (2014). The impact of brief parental anxiety management on child anxiety treatment outcomes: A controlled trial. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 43(3), 370-380.
- Hopkins, J., Lavigne, J. V., Grouze, K. R., LeBailly, S. A., & Bryant, F. B. (2013). Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 705-722.
- Im-Bolter, N., Zadeh, Z. Y., & Ling, D. (2013). Early parenting beliefs and academic achievement: The mediating role of language. *Early Child Development and Care*, 183(12), 1811-1826.
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2016). *Troubles anxieux*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/sante-mentale/troubles-anxieux.html>
- Jacob, M. L., Thomassin, K., Morelen, D., & Suveg, C. (2011). Emotion regulation in childhood anxiety. Dans D. McKay & E. A. Storch (dir.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 171-186). New York, NY: Springer.
- Johnson, B., Berdhal, L., Horne, M., Richter, E., & Walter, M. (2014). A parenting competency model. *Parenting: Science and Practice*, 14(2), 92-120.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kiff, J., Lengua, L., & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 251-301.
- Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 485-499
- Laventure, M., Bertrand, K., Boisvert, K., & Auger, B. (2020). Parents dépendants à l'alcool et aux drogues : Caractéristiques associées à l'abandon d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Revue canadienne de service sociale*, 33(2), 273-289.
- Lazarus, R. S., Dodd, H. F., Majdandzic, M., DeVente, W., Morris, T., Byrow, Y., & Hudson, J. L. (2016). The relationship between challenging parenting behaviour and childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 190, 784-791.

- Lenneke, R. A., Mesman, A. J., Van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., ... Van IJzendoorn, M. H. (2009). Maternal sensitivity moderates the relation between negative discipline and aggression in early childhood. *Social Development, 18*(1), 99-120.
- Letarte, M.-J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Le programme d'entraînement aux habiletés parentales Ces Années Incroyables : Expériences dans deux contextes. Dans M. Déry, A. S. Denault, & J. P. Lemelin (dir.), *Aide aux jeunes en difficulté de comportement: regard sur nos pratiques* (pp. 27-48). Sherbrooke, QC : GRISE.
- Locke, M., & Prinz, R. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychology Review, 22*(6), 895-929.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Dans E. M. Hetherington & P. H. Mussen (dir.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 1-101). New York, NY: Wiley.
- Majdandzic, M., Möller, E., De Vente, W., Bögels, S. M. & Van den Boom, D. C. (2014). Fathers' challenging parenting behavior prevents social anxiety development in their 4-year-old children: A longitudinal observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(2), 301-310.
- Marcynyszyn, L. A., Maher, E. J., & Corwin, T. W. (2011). Getting with the (evidence-based) program: An evaluation of the Incredible Years Parenting Training Program in child welfare. *Children and Youth Services Review, 33*(5), 747-757.
- McKay, D., & Storch, E. A. (2011). Classification of child and adolescent anxiety disorders. Dans D. McKay & E. Storch (dir.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (1^{re} éd., vol. 1, pp. 3-22). New-York, NY: Springer.
- McLoed, Weisz, J., & Wood, J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 986-1003.
- Meyer, A., Proudfit, G. H., Bufferd, S. J., Kujawa, A. J., Laptook, R. S., Torpey, D. C., & Klein, D. N. (2015). Self-reported and observed punitive parenting prospectively predicts increased error-related brain activity in six-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(5), 821-829.
- Mian, N. (2014). Little children with big worries: Addressing the needs of young anxious children and the problem of parent engagement. *Clinical Child and Family Psychology Review, 17*(1), 85-96.

- Mian, N. D., Carter, A. S., Pine, D. S., Wakschlag, L. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2015). Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The anxiety dimensional observation scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9), 1017-1025.
- Miljkovitch, R., & Pierrehumbert, B. (2005). Le père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et des pratiques de réseaux*, 35(2), 115-129.
- Möller, E. L., Nikolic, M., Majdandzic, M., & Bögels, S. M. (2016). Association between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 45, 17-33.
- Moretz, M., & McKay, D. (2011). Dimensional diagnosis of anxiety in youth. Dans D. McKay, & E. Storch (dir.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (1^{re} éd., vol. 1, pp. 105-118). New-York, NY: Springer.
- Morrison, F. J. (2009). Parenting and academic development. *Merril-Palmer Quarterly*, 55(3), 361-372.
- Muir, E., Lojkasek, M., & Cohen, N. J. (1999). *Watch, Wait, & Wonder: A manual describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. Toronto, ON: Hincks Dellcrest Institute.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423.
- Naour, R. L. (2007). Troubles anxieux: diversité des approches théoriques. *L'information psychiatrique*, 83(9), 775-780.
- Nepon, J., Belik, S.-L., Bolton J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791-798.
- Otto, Y., Kolmorgen, K., Sierau, S., Weis, S., Klitzing, K. V., & Klein, A. M. (2015). Parenting behaviors of mothers and fathers of preschool age children with internalizing disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 381-395.
- Paquette, D. (2004). La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*, 56(2), 205-225.
- Parke, R. D., & Buriel, R. (1998). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. Dans N. Eisenberg & W. Damon (dir.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 429-504). New York, NY: Wiley.

- Pellegrini, A. D. (1995). A longitudinal study of boys' rough-and-tumble play and dominance during early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology, 16*(1), 77-93.
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M. E., & Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec, 42*(1), 19-42.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage and Family Review, 53*(7), 613-640.
- Pinsonneault, M. (2008). *La contribution de la réactivité comportementale, de la sensibilité maternelle et du contrôle parental à la prédiction de l'anxiété à la petite enfance chez les enfants de mères adolescentes* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Pleck, J. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. Dans M. E. Lamb (dir.), *The role of the father in child development* (5^e éd., pp. 58-93). Hoboken, NJ: Wiley.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 488-497.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin, 112*(3), 485-499.
- Rimm-Kaufman, S. E., & Pianta, R. C. (2000). An ecological perspective on the transition to kindergarten: A theoretical framework to guide empirical research. *Journal of Applied Developmental Psychology, 21*(5), 491-511.
- Roberge, P., Fournier, L., Duhous, A., Nguyen, C. T., & Smolders, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(6), 321-330.
- Roskam, I., Meunier, J. C., Mouton, C., & Vassart, E. (2009). Évaluer l'activité éducative parentale : les méthodes se valent-elle? *Enfance, 4*(4), 423-432.
- Sanderson, S., Tatt, I. D., & Higgins, J. P. T. (2007). Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: A systematic review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology, 36*(3), 666-676.
- Stallard, P. (2010). Mental health prevention in UK classrooms: The FRIENDS anxiety prevention programme. *Emotional and Behavioural Difficulties, 15*(1), 23-35.

- Thirlwall, K., & Creswell, C. (2010). The impact of maternal control on children's anxious cognitions, behaviours and affect: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1041-1046.
- Turgeon, L., Kirouac, C., & Denis, D. (2007). *L'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents* [Document inédit]. Université de Montréal, Montréal, QC.
- Vallerand, R. J., & Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Van der Bruggen, C., Stams, G., & Bögels. (2008). Review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- Van der Sluis, C. M., Van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). Parenting clinically anxious versus healthy control children aged 4012 years. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 1-7.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). New York, NY: Oxford University Press.
- Vreeke, L. J., Muris, P., Mayer, B., Huijding, J., & Rapee, R. M. (2013). Skittish, shielded, and scared: Relations among behavioral inhibition, overprotective parenting, and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 703-710.
- Washington, T., Rose, T., Coard, S. I., Patton, D. U., Young, S., Giles, S., & Nolen, M. (2017). Family-level factors, depression, and anxiety among African American children: A systematic review. *Child Youth Care Forum*, 46(1), 137-156.
- Wendland, J., Camon-Sénéchal, L., Khun-Fracnk, L., Maronne, C., Rabain, D., & Aidane, E. (2011). Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement : Un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. *Devenir*, 23(1), 7-32.
- Wichstrom, L., Belsky, J., & Berg-Nielsen, T. S. (2013). Preschool predictors of childhood anxiety disorders: A prospective community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1327-1336.
- Yap, M. B., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440.

- Yergeau, É. (2008). Étude sur la puissance statistique des devis de recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(2), 199-221.
- Zeanah, C., Berlin, L., & Boris, N. (2011). Practitioner review: Clinical application of attachment theory and research for infants and young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 819-833.
- Zhou, Q., Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R., Reiser, M., Guthrie, I., ... Sephard, A. (2002). The relations of parental warmth and positive expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: A longitudinal study. *Child Development*, 73(3), 893-915.
- Zullino, D., Khazaal, Y., Hättenschwiler, J., & Borgeat, F. (2004). Comment s'exprime physiologiquement l'hypervigilance et l'hyperréactivité décrite cliniquement pour l'anxiété? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 23-32.

Appendice A

Canevas de la grille-résumé pour l'extraction des résultats

CANEVAS DE LA GRILLE-RÉSUMÉ POUR L'EXTRACTION DES RÉSULTATS

Référence:				
Devis:				
Mesures		Instruments	Procédure	Répondant
Variable indépendante : <i>Type(s) de mesure</i>	<i>Dimensions évaluées/opérationnalisation</i>	<i>Noms et descriptions des instruments de mesure</i>	<i>Procédure d'évaluation</i>	<i>Qui est le répondant? (si plus d'un répondant, proportions)</i>
Variable dépendante <i>Type(s) de mesure</i>	<i>Types d'anxiété ou de symptômes anxieux évalués /opérationnalisation</i>	<i>Noms et descriptions des instruments de mesure</i>	<i>Procédure d'évaluation</i>	<i>Qui est le répondant? (si plus d'un répondant, proportions)</i>
<u>Échantillon</u>				
Type d'échantillon:				
Recrutement :				
Procédure de recrutement :				
Attrition (abandons) :				
Critères de sélection				
Inclusion			Exclusion	
Caractéristiques de l'échantillon				
Famille				
Parents				
Enfants				

Objectifs de recherche :			
Analyses et résultats			
Objectifs	Stratégie	Variables	Résultats
Forces et limites			
Forces identifiées par les auteurs Limites identifiées par les auteurs			Pistes de réflexions personnelles :

Appendice B

Canevas de la grille pour l'extraction des résultats : caractéristiques méthodologiques

CANEVAS DE LA GRILLE POUR L'EXTRACTION DES RÉSULTATS :
CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES

Référence :	
Type d'échantillon	
Nombre de participants	
Critères de sélection touchant l'âge des enfants	
Âge moyen des enfants	
Caractéristiques relatives au sexe	
Origine ethnique des familles	
Langue parlée des participants	
Caractéristiques spécifiques des enfants	
Milieu de recrutement	
Statut patrimonial des parents	
Caractéristiques socio-économiques	
Autres caractéristiques spécifiques des familles	